



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Opiaattikorvaushoidon hyödyt ja kehittämismahdollisuudet sairaanhoitajien näkökulmasta

Mäkinen, Karoliina
Tuominen, Pirita

2011 Porvoo

Laurea-ammattikorkeakoulu
Porvoo

Opiaattikorvaushoidon hyödyt ja kehittämismahdollisuudet sairaanhoitajien näkökulmasta

Karoliina Mäkinen
Pirita Tuominen
Terveystieteiden
Opinnäytetyö
Maaliskuu, 2011

Karoliina Mäkinen ja Pirita Tuominen

Opiaattikorvaushoidon hyödyt ja kehittämismahdollisuudet sairaanhoitajien näkökulmista

Vuosi	2011	Sivumäärä	41
-------	------	-----------	----

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää sairaanhoitajien näkökulmia korvaushoidon hyödyistä ja kehittämismahdollisuuksista. Opinnäytetyö tarkasteli korvaushoidon sisältöä ja hoidon vaikuttavuutta asiakkaiden elämäntilanteeseen. Tavoitteena oli tuottaa tietoa opiaattiriippuvaisten korvaushoidosta ja tuoda julki sairaanhoitajien näkökulmia.

Opinnäytetyössä käytettiin kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Aineisto on hankittu haastattelemalla korvaushoitoa toteuttavia sairaanhoitajia. Tutkimusaineisto kerättiin teemahaastattelulla ja analysoitiin laadullisella sisällönanalyysimenetelmällä.

Tutkimustuloksista keskeiseksi hyödyksi nousi esille asiakkaan oman elämän hallinta. Korvaushoidolla on myönteiset terveysvaikutukset: somaattiset ja psykosomaattiset sairaudet tulevat hoidettua. Korvaushoidon myötä asiakkaiden taloudellinen tilanne kohenee. Opinnäytetyön tulokset osoittivat, että täydelliset vieroittautumiset ovat harvassa. Hyötynä nähtiin laittomien huumeiden käytön loppuminen ja lääkehoidon jatkuminen pienellä annoksella, joka mahdollistaa lopullisen vieroittautumisen. Tulosten mukaan korvaushoito vaikuttaa asiakkaiden oman elämän rakentumiseen. Keskeinen osa hoitoa on työllistyminen ja kouluttautuminen. Korvaushoidon avulla kynnyks palata työelämään madaltuu. Tärkeä osa-alue hoidossa on sosiaalisten suhteiden parantuminen ja uudelleen rakentaminen. Tärkeäksi kehityskohteeksi nousi hoidon sisällön kehittäminen, joka sisältäisi hoidon etenemiseen erilaisia väyliä. Hoidon arviointiin toivottiin tarkkuutta ja arviointikriteerejä yhdenmukaisemmiksi. Korvaushoitoa toteuttavien yksiköiden yhteistyötä tulisi lisätä. Psykososiaalisen tuen määrää ja laatua tulisi lisätä korvaushoitoon erityisesti asiakkaan siirtyessä terveyskeskukseen.

Avainsanat: Opiaattiriippuvuus, opiaattikorvaushoito, buprenorfiini

Karoliina Mäkinen ja Pirita Tuominen

Nurses' view of advantages and developing possibilities in opiate replacement therapy

Year	2011	Pages	41
------	------	-------	----

Purpose of this thesis was to investigate opiate replacement therapy benefits and development opportunities from nurses' perspectives. This thesis examines the contents of replacement therapy, and the affectivity in the customer's life situation. The goal was to produce information about the replacement therapy, and bring out the views of nurses'.

Qualitative research method was used in this thesis. The material is gathered by interviewing nurses who work with opiate replacement therapy. Research material was collected by theme interviews and was analyzed using qualitative substance analysis method.

In the results of this thesis, the primary noticed advantage was the regained control of the customer's own life handling. Opiate replacement therapy has positive effects on health: somatic and psychosomatic illnesses will be taken care of. The financial situation of the customers using opiate replacement therapy also improves. The results of this thesis showed that complete rehabilitation is rather rare to accomplish. The advantage was to be seen as dropping the illegal drug abuse, and continuing the drug treatment with small dosing, which allows a final withdrawal. According to the results, the replacement therapy influences in the rebuilding of the customer's own life. The integral part of the treatment is employment and education. This treatment lowers the step of the customer to return to work. An important issue of treatment is the improvement and rebuilding of social relations. In developing the treatment, an important part would be improving the contents of the treatment, including various different ways to proceed. There came up wishes for evaluating the treatment with more accuracy, and similarity in the evaluating criteria. The co-operation between the units doing the opiate replacement therapy should be increased. The amount and quality of psychosocial support should be increased, especially when customer is being transferred in health center.

Keywords: Opiate addiction, opiate replacement therapy, buprenorphine

Sisällys

1	JOHDANTO.....	6
2	KÄSITTEIDEN MÄÄRITTELYÄ.....	7
2.1	Opiaattiriippuvuus	7
2.1.1	Huumausaineena käytetty opiaatti heroini	7
2.1.2	Huumausaineena käytetty buprenorfiini	8
2.2	Opiaattiriippuvaisten korvaushoito	9
2.2.1	Korvaushoidon kehitys Suomessa	10
2.2.2	Sosiaali- ja terveysministeriön asetus korvaushoidosta	11
2.3	Lääkehoito korvaushoidossa	12
2.3.1	Korvaushoidossa käytettävä lääke buprenorfiini	13
2.3.2	Maailman yleisimmin käytetty korvaushoitolääke metadoni	14
2.3.3	Lääketieteen riippuvuusmääritelmä	14
3	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TUTKIMUSONGELMAT JA TAVOITE	16
4	OPINNÄYTETYÖSSÄ KÄYTETTÄVÄ MENETELMÄ	17
4.1	Tutkimusympäristön kuvaus	17
4.2	Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä.....	17
4.3	Aineiston keruu laadullisessa tutkimuksessa	18
4.4	Sisällön analyysi	19
4.5	Opinnäytetyön luotettavuus.....	20
4.6	Opinnäytetyön eettisyys	21
5	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	22
5.1	Korvaushoidon hyödyt opiaattiriippuvaisille.....	22
5.2	Korvaushoidon vaikuttavuus asiakkaiden elämäntilanteeseen	23
5.3	Korvaushoidon kehitysmahdollisuudet sairaanhoitajien näkökulmista	24
6	POHDINTA	27
	LÄHTEET	30
	LIITTEET	33

Vuonna 2002 opiaattien ongelmakäyttäjiiä arvioitiin olevan Suomessa 4200-5900. Vuonna 2005 ongelmakäyttäjien määrä oli hieman vähentynyt, jolloin koko maassa arvioitiin käyttäjiä olevan 3700-4900, joista 1300-2400 oli pääkaupunkiseudulla. Vuosina 2000-2004 Suomessa heroinin syrjäytti lähes kokonaan buprenorfiinin ongelmakäyttö. (Vorma, Sokero, Turtiainen & Katila 2009:1853; Mustonen 2007: 20). Päihdehuoltolaki (Laki 41/1986) säätelee opiaattiriippuvaisten henkilöiden hoitoa. Lain tavoitteena on ehkäistä ja vähentää päihteiden ongelmakäyttöä, ongelmakäyttöön liittyviä sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja, sekä edistää ongelmakäyttäjän toimintakykyä. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista säätelee myös opiaattiriippuvaisten hoitoa. (Päihdehuoltolaki 1986: 7§; Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992: 3§)

Huumeiden käyttö määritellään sairaudeksi, josta paraneminen on mahdollista. Hoidossa tähdätään raittiiseen, työssäkäyvään ja itsestään huolehtivaan kansalaiseen. Tämän lisäksi huumeiden käyttö määrittyy kuitenkin myös parantumattomaksi sairaudeksi, jolloin hoitaminen konkretisoituu ylläpitohoitona. Koska huumeiden käyttö on moniulotteista, se vaatii myös monipuolisuutta palvelujärjestelmältä. On oltava tarjolla erilaisia hoidollisia vaihtoehtoja. Joskus on hyväksyttävä myös se, että parasta hoitoa huumeiden käyttäjille on korvaavan lääkkeen tarjoaminen valvotuissa olosuhteissa. Opiaattiriippuvaisille voidaan antaa niin sanottua korvaavaa lääkehoitoa opiaattilääkkeillä, jolloin käytetään metadonia tai buprenorfiinia sisältäviä lääkevalmisteita. Korvaushoito on pidempikestoista, ja sisältää asiakkaan kokonaisvaltaisen kuntoutuksen ja päihteettömyyden tavoitteen. Korvaushoito voidaan aloittaa, mikäli asiakkaan huumeiden käyttö on jatkunut vuosia ja hänellä on ollut vieroitushoitoyrityksiä, mutta hän ei ole onnistunut vieroittautumaan opiaateista. Opiaattiriippuvaisen henkilön kuntouttavaa ylläpitohoitoa toteutetaan metadonilla ja buprenorfiinilla. Ylläpitohoidon avulla vähennetään huumeiden käytön haittoja ja pyritään parantamaan asiakkaan elämänlaatua. (Kuussaari 2006:49-51; Mustonen 2007:21-22)

Opinnäytetyöprosessi alkoi tammikuussa 2010 ja päättyi keväällä 2011. Opinnäytetyön tavoitteena on antaa lukijalle tietoa korvaushoidosta ja sen hyödyistä. Tavoitteena on avata korvaushoidossa käytettävää lääkehoitoa ja hoidon kulkua lukijalle. Tässä opinnäytetyössä korvaushoitoa ja sen kehittämistä tarkastellaan sairaanhoitajien haastattelujen avulla. Haastattelut on toteutettu Tampereen K-klinikalla. Tampereella toteutetaan Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen mukaisesti kolmea hoito-ohjelmaa, jotka ovat kuntouttava korvaushoito, pitkä vieroitushoito ja haittoja vähentävä hoito. Opinnäytetyössä käsitellään sairaanhoitajien näkemyksiä korvaushoidon hyödyistä ja kehittämismahdollisuuksista kaikissa hoito-ohjelmissa yleisesti.

2 KÄSITTEIDEN MÄÄRITTELYÄ

2.1 Opiaattiriippuvuus

Oopiumunikosta (*Papaver somniferum*) saatavia huumausaineita kutsutaan yleisnimellä opiaatit eli opioidit. Oopiumi on oopiumunikon kuivattua siemenkodon maitiaisnestettä. Raakaopiumista valmistetaan uuttamalla morfiinia, kodeiinia, tebaiinia ja papaveriinia. Morfiinista valmistetaan kemiallisesti muita opiaatteja, esimerkiksi heroiinia. Nykyään pystytään valmistamaan kokonaan synteettisiä opiaatteja, kuten metadoni, buprenorfiini ja fentanyl. (Preda 2011; Dahl & Hirschovits 2002:37)

Opiaattiriippuvuus merkitsee, että päihdehakuinen käyttäytyminen voimistuu, se muuttuu pakonomaiseksi ja käytön hallintakyky heikkenee. Toleranssin kasvua ja vieroitusoireiden ilmaantumista, opiaattien lopettamisen tai lopettamisyritysten yhteydessä pidetään tunnusmerkkeinä opiaattiriippuvuudelle. Sietokyky kaikkia opiaatteja kohtaan kehittyy nopeasti 10 - 100 -kertaiseksi. Opiaattiriippuvuus jaetaan usein fyysiseksi, psyykkiseksi ja sosiaalseksi riippuvuudeksi. Fyysiseen riippuvuuteen kuuluu käyttäjän toleranssin kasvu, eli elimistön sietokyky aineelle kasvaa, ja käytön lopettaminen saa aikaan fyysiset vieroitusoireet. Tavallisimpia vieroitusoireita ovat väsymys, pahoinvointi, vilunväreet, vapina, sydämentykytys, kivut, tuskaisuus, verenpaineen vaihtelut, kouristelu, tajuttomuus, hengitystoiminnan lamaantuminen, ja verenkiertohäiriöiden seurauksena voi olla kuolema. Psyykkisellä riippuvuudella tarkoitetaan, että opiaattien käyttäjä jää riippuvaiseksi tunnetilasta, jonka opiaatit aiheuttaa. Hän kokee tarvitsevansa opiaatteja voidakseen hyvin ja pystyäkseen elämään. Opiaatteihin syntyy myös psykologinen riippuvuus, koska ne aiheuttavat mielihyvän tunnetta, mutta ne ovat kiinteä osa monia muita tärkeitä tunnekokemuksen muotoja, kuten seksuaalisuutta, ikävystyneisyyden torjuntaa, ahdistuneisuutta ja masennustilojen hallintaa. Sosiaalinen riippuvuus opiaatteihin syntyy, kun käyttäjän sosiaaliset suhteet ja elämäntavat ovat sidoksissa opiaattien käyttämiseen. Kroonistuessaan opiaattiriippuvuus vaarantaa aina käyttäjän fyysistä ja psyykkistä terveyttä, mutta haitoista huolimatta hän jatkaa opiaattien käyttöä. (Irti Huumeista ry 2001:41-42)

2.1.1 Huumausaineena käytetty opiaatti heroiini

Heroiini eli diasetyylimorfiini on oopiumunikosta saatavasta morfiinista tai kodeiinista edelleen jalostettu puolisynteettinen opioidi. Suomessa heroiinia myydään erisävyisen ruskeana tai valkoisena jauheena. Heroiinia voidaan käyttää suonensisäisesti, suun kautta tai polttamalla, joka on yleistynyt nopeasti. Heroiinia voi esiintyä myös nestemäisessä muodossa. (Dahl & Hirschovits 2002:38) Heroiini saavuttaa nopeasti aivot ja näin ollen tuottaa samalla

runsaasti mielihyvän tunnetta. Heroiinin vaikutus on lyhytkestoista. Kuuden tunnin kuluttua joudutaan ottamaan jo uusi annos, jotta vaikutus säilyisi ja vieroitusoireita ei ilmaantuisi. Heroiini saa aikaan voimakkaan hyvänolon tunteen, eli euforian. Heroiini poistaa jännitystilat ja ahdistuneisuuden, seksuaaliset tarpeet, kivut ja ruokahalu katoavat samalla. Heroiinin käyttäjä vajoaa horrokseen ja omaan sisäiseen maailmaansa, hänen liikkeensä ja refleksiensä hidastuvat, puhe muuttuu sammaltavaksi. Käytön välittömiä vaikutuksia on myös pulssin hidastuminen, verenpaineen lasku, hengityskeskuksen lamaantuminen ja yskänärsytys. Välittömiin vaikutuksiin kuuluu myös pupillien supistuminen, uneliaisuus, väsymys ja reagoinnin heikkous ärsykeille. Hengityskeskuksen lamaantuminen aiheuttaa ylähengitystietulehduksia, keuhkokuumetta ja tuberkuloosia. Muutokset pintaverenkierrossa saavat ihon kutiamaan voimakkaasti, raapiminen aiheuttaa märkiviä haavoja ja paiseita. Ihmissuhteet menettävät merkityksen ja tunne-elämä kylmenee. (Havio, Inkinen & Partanen 2008:89)

Opiaatteja toistuvasti käytettäessä niihin kehittyy voimakas toleranssi. Tottuneen heroinin-käyttäjän toleranssi on todella suuri ja hän saattaa sietää satakertaisen määrän enemmän heroinia kuin ensikäyttäjää. Toleranssin kasvamisen myötä heroini kuolemat myös yleistyvät. Kaikkiin huumausaineisiin verrattuna opiaatit aiheuttavat voimakkaimman fyysisen riippuvuuden, voimakkaimmat vieroitusoireet ja aineenhimon. Heroinin aiheuttamat vieroitusoireet alkavat jo muutaman tunnin kuluttua aineen poistuttua elimistöstä. Oireet ilmenevät aluksi flunssan kaltaisena kolotuksena, hikoiluna ja psyykkisinä oireina. Nämä oireet kehittyvät parin vuorokauden kuluessa lähes sietämättömiksi kiputiloiksi ja ripuliksi. Vakavimmillaan vieroitusoireet voivat ilmetä kouristuskohtauksina tai tajunnan menetyksenä. Tyypillisimpiä vieroitusoireita ovat nopea syke, hengitysvaikeudet, pahoinvointi, oksentelu, kyynelvuoto, nenävuoto, unettomuus, kuume, ahdistuneisuus ja ärtyvyys. (Irti huumeista ry 2001:22)

2.1.2 Huumausaineena käytetty buprenorfiini

Buprenorfiinia käytettiin alun perin lääkityksenä voimakkaisiin kiputiloihin. Suomessa buprenorfiini on suuren suosion saavuttanut huumausaine, ja yleistymässä on, että opiaattien käyttö aloitetaan sillä. Huumauskäytössä buprenorfiinia käytetään yleensä suoneen pistämällä, tästä syystä buprenorfiini onkin erittäin ongelmallinen väärinkäytettynä. Buprenorfiini sisältää muun muassa maissitärkkelystä ja muita sidonnaisaineita, jotka voivat aiheuttaa suonensisäisesti käytettynä vaurioita ja tulehduksia suoniin, sekä vakavia silmänpohjan muutoksia. Buprenorfiinia voidaan käyttää huumausainetarkoituksessa myös nenän limakalvojen kautta, joka aiheuttaa limakalvojen vaurioitumista. (Hietalahti 2005)

Buprenorfiinin huumeikäytössä tavoitteena on saada aikaan jonkinlainen päihtymystila. Vaikutus alkaa suonensisäisesti käytettynä nopeammin. Buprenorfiinin käyttö tuo hyvänolon tunteen eli euforisoivan vaikutuksen, jos opiaattien käyttö ei ole ollut runsasta. Kokenut opiaat-

tien käyttäjä ei välttämättä saa euforiaa, vaan lääkkeen avulla pystyy toiminaan, eikä pöde opiaattien vieroitusoireita. Buprenorfiinin kanssa väärinkäytetään usein bentsodiatsepiineja, kannabista ja alkoholia. Näiden yhteiskäyttö on hengenvaarallista. (Hietalahti 2005)

2.2 Opiaattiriippuvaisten korvaushoito

Suomessa opiaattien käyttäjien lääkkeellistä korvaushoitoa on toteutettu Hesperian sairaalan poliklinikalla vuodesta 1995. Korvaushoito-ohjelma virallistui sosiaali- ja terveysministeriön määräysten myötä vuonna 1997. Kesällä vuonna 1997 Hesperian sairaalassa kokeiltiin myös kahden viikon pituista buprenorfiinilla toteutettavaa vieroitushoitoa. Tällä tarkoitetaan hoitoa, jolloin päihteenä käytetty opiaatti korvataan lääkeopiaatilla joko määrääjäksi tai pysyvästi hoidon tavoitteen mukaan. Hoito tapahtuu lääkärin johdolla ja hoidossa lääke otetaan suun kautta, kun taas päihdekäyttö on yleisesti suonensisäistä käyttöä. Korvaustavoitteisessa hoidossa tähdätään lääkkeen käytön lopettamiseen ilman ajallista takarajaa. Korvaushoitoa voidaan myös antaa ylläpitotavoitteisena hoitona, jossa päämääränä ei ole lääkkeettömyys, vaan asiakkaan elämän laadun parantaminen. (Weckrot 2006:15)

Korvaushoidon edellytyksenä on vuoden 2002 lakiasetuksen mukaan se, että asiakkaan huumeiden käyttö on jatkunut vuosia ja vieroituksia on kokeiltu, mutta asiakas ei ole vieroittunut opiaateista yleisesti hyväksytyillä hoitokäytännöillä. Näillä tarkoitetaan lääkkeettömiä hoitomuotoja ja vieroitushoitoa. Asetuksen 2§:n mukaan korvaushoidolla tarkoitetaan opiaattiriippuvaisten henkilöiden kuntouttavaa ja päihteettömyyteen tähtäävää hoitoa korvaavan lääkkehoidon avulla. Hoidon kokonaistavoitteena on päihteettömyys. Välittömiä tavoitteita ovat vieroitusoireiden lievittäminen, hoitoon houkuttelevuus ja kiinnittäminen. Pitkän aikavälin tavoitteita ovat rikollisuuden ja infektioautien leviämisen estäminen, hoidossa pysyminen, elämän tyylin vakauttaminen ja kuolleisuuden vähentäminen. Ylläpitohoidolla tarkoitetaan asetuksen 2§:n mukaan sellaista opiaattiriippuvaisten henkilöiden kuntouttavaa hoitoa, jossa käytetään buprenorfiinia ja metadonia sisältäviä lääkkeitä. Ylläpitohoidon tavoitteena on vähentää huumeidenkäytön haittoja ja parantaa potilaan elämää. Ylläpitohoidon perustana on, että kaikilla asiakkailla ei ole edellytyksiä sitoutua täydelliseen päihteettömyyteen tähtäävään korvaushoitoon. Tällaisia ovat esimerkiksi asiakkaat, joita ei saada lopettamaan huumeidenkäyttöä kokonaan, mutta joiden kohdalla hoidon avulla voidaan ehkäistä terveyshaittoja ja infektioautien leviämistä. (Fabritius, Seppänen-Leiman, Ahokas & Kanerva 2005:12)

Asiakkaiden hoidon tarve vaihtelee yksilöllisesti sen mukaan, mihin eri elämän osa-alueisiin huumeidenkäyttö on vaikuttanut. Mitä kokonaisvaltaisemmin asiakas huumeekulttuurissa elää, sitä suurempi on hoidon ja muutoksen tarve. Huumeidenkäytöstä toipuakseen asiakkaan tulisi

tunnistaa, analysoida ja oppia pois vanha käyttäytymistapansa, jotta hän voi omaksua uuden päihteettömän elämäntavan. Aikaisemman elämäntyyliin vuoksi monet asiakkaat näkevät viralliset tahot kontrolloivina. Luottamuksellinen suhde hoitavan tahon ja asiakkaan välillä vie aikaa, mutta se on tärkeä perusta asiakkaan kuntoutumiselle, ja edellytys hänessä toivotuille muutoksille. Hoidon tarkoituksena on tarjota vanhojen tottumusten ja käyttäytymistapojen tilalle uusia ratkaisuvaihtoehtoja ja malleja. Hyvä hoitosuhde rakentuu välittämisen, kiinnostuksen, empatian ja yhteistyön avulla. Fyysisten ja psyykkisten tarpeiden huomiointi korostuvat hoidon alkuvaiheessa. Hoitosuhteessa asiakasta tulee pitää vastuullisena ja arvokkaana ihmisenä. Työntekijälle hoitosuhdetyöskentely tarkoittaa sitä, että hän on riittävästi kiinnostunut asiakkaiden hoitamisesta. (Fabritius ym. 2005:19)

Erikoissairaanhoito ja päihdetyöhön erikoistuneet yksiköt aloittivat opiaattiriippuvaisten hoidon aikaisemmin, nyt erikoissairaanhoidossa arvioidaan hoidon tarve ja aloitetaan hoito. Korvaushoidon intensiivihoitovaiheen tekevät päihdeyksiköt ja tämän jälkeen asiakas siirtyy jatkohoitoon. Jatkohoito tapahtuu asiakkaan asuinpaikkakuntaa lähinnä olevalla terveysasemalla. (Lääperi 2008:14)

Opiaattiriippuvaisten asiakkaiden hoitotyö on moniammatillista tiimityötä parhaimmillaan. Asiakkaiden hoitoa ja hoitokäytäntöjä suunnitellaan ja kehitetään yhteisissä hoitotiimeissä. Moniammatillinen tiimityö edistää asiakkaan hoidon suunnittelua tuomalla siihen eri erikoisalojen näkemyksiä, esimerkiksi toimintaterapiaa, psykologin palvelua ja sosiaalityötä. Tiimityö mahdollistaa eri ammattialojen erityisasiantuntemuksen ja kokemuksen käytön asiakkaiden hoitosuhteissa. Vastuulääkäri ja omahoitaja nimetään jokaisella hoitoon tulevalle asiakkaalle. Asiakkaan hoidon suunnittelee hoitokolmio, johon kuuluvat potilas, lääkäri ja omahoitaja. Asiakkaalle laaditaan hoitosuunnitelma, jossa huomioidaan hänen yksilölliset tarpeensa, ja asetetaan lyhyen ja pitkän aikavälin tavoitteet hoidolle. Hoidon aloitusvaiheessa tehdään ensimmäinen hoitosuunnitelma, sen toteutumista arvioidaan ja seurataan yhteisvastaanotoilla muutaman kuukauden välein. Tarkennettu kuntoutussuunnitelma voidaan tarvittaessa tehdä, jolloin asiakkaan hoidon jatkuminen turvattaisiin esimerkiksi ongelmatilanteissa. (Fabritius ym. 2005:25)

2.2.1 Korvaushoidon kehitys Suomessa

Korvaus- ja ylläpito hoidolla on pitkä kansainvälinen historia. Hoitoja on toteutettu jo 1960-luvulla Metadonilla. 1990-luvun lopulla huumeiden käyttäjien määrä nousi, tätä kutsutaan toiseksi huumeaalloksi, ja tällöin korvaus- ja ylläpito hoidot nousivat esille. Opiaattien käytön myötä tartuntataudit ja rikollisuus ovat kasvaneet, joten hoitoja on perusteltu sillä, että niiden avulla rikollisuus ja tartuntatautien leviäminen vähenisivät. (Harju-Koskelin 2007:7) Korvaus- ja ylläpito hoitojen yleistymisen myötä käytiin ristiriitaisia keskusteluja hoidon hyödyis-

tä. 1990-luvun puolessa välissä asiantuntijoiden kannanotot ja yleinen mielipide olivat voimakkaasti korvaushoitoja vastaan. Korvaushoidoista ajateltiin, että se on vain verovaroin kannustettua huumeidenkäyttöä. Korvaushoidoista oltiin myös sitä mieltä, että ne korvaavat yhden riippuvuuden toisella ja korvaushoito koettiin myös uhkana perinteiselle päihdehuollon lääkkeettömälle hoidolle. Hoitojärjestelmien piirissä käytiin myös kiistelyä korvaushoidoista. Vuonna 2001 laadittua Sosiaali- ja terveysministeriön laatimaa työryhmämuistiota arvosteltiin sillä, että se jätti huomioimatta hoidon itsensä aiheuttamat haitat, kuten korvaushoitolääkkeiden välittymisen katukauppaan. Korvaushoidon yksi keskeisistä kiistakysymyksistä onkin buprenorfiinin leviäminen katukauppaan. 1990 - 2000- luvuilla havaittiin, että useat suomalaiset huumeidenkäyttäjät käyttivät päihteenään buprenorfiinia suoneen pistämällä. Korvaushoidon vastustajat ovatkin sitä mieltä, että kun buprenorfiini leviää hoitopaikoista katukäyttöön, se houkuttelee uusia buprenorfiinia suonensisäisesti käyttäviä. Korvaushoitoa puolustavat ovat taas sitä mieltä, että tämä johtuu hoitopaikkojen puutteesta. (Harju-Koskelin 2007:8-9)

Korvaushoitoa antavat työntekijät ovat huolissaan siitä, miten korvaus- ja ylläpito hoidot kunnissa rahoitetaan. Lääkehoidon aloittamisen jälkeen lääkitystä ei voi lopettaa ylläpito hoidossa olevilta, ja korvaushoitolaisiltakin vain harvoin. Tästä syystä vastuu asiakkaiden pitkäkestoisen hoidon rahoituksesta jää kunnille. Korvaushoito aloitetaan yleensä buprenorfiinilla (Subutex®), ja joka viides opiaatteja huumetarkoitukseen käyttänyt pääsee kokonaan eroon korvauslääkkeistä. Tämä tarkoittaakin, että suurin osa korvaushoidon aloittaneista opiaattiriippuvaisista jatkaa käyttöönsä loppuikänsä. Esimerkiksi jos asiakas aloittaa Subutex - hoidon 20-vuotiaana, yhteiskunnan tulee huomioida, että tämä kyseinen nuori saattaa kuulua siihen 80 prosentin joukkoon, joka tarvitsee korvaushoitolääkitystä loppuikänsä. Keskustelua herättää korvaushoidon kalleus, koska esimerkkihenkilömme 50 vuoden buprenorfiini hoito tulee maksamaan yhteiskunnalle 900 000 euroa. Kuntien pitäisikin jatkossa varautua, pystyvätkö he rahoittamaan asiakkaiden vuosikautia kestävä korvaus- ja ylläpito hoidon. (Forssen & Tainio 2003:27)

2.2.2 Sosiaali- ja terveysministeriön asetus korvaushoidosta

1.9.1997 alkaen on ollut voimassa sosiaali- ja terveysministeriön asetus opiaattiriippuvaisten hoidosta eräillä lääkkeillä. Asetuksessa sovelletaan buprenorfiinia tai metadonia sisältävien lääkevalmisteiden käyttämisestä opiaattiriippuvaisten vieroitus-, korvaus - ja ylläpito hoidoissa. Asetusta ei sovelleta tilanteissa, joissa somaattisen sairauden aikana vieroitusoireet pahentavat kliinistä tilannetta tai vaikeuttavat hoitoa. Vieroitushoidon pituudeksi määriteltiin aluksi enintään kolme kuukautta. Vuonna 1998 havaittiin pidemmän hoidon tarve, ja määräystä muutettiin siten, että vieroitushoitoa voidaan jatkaa enintään vuoden ajan. Vuonna 2000 as-

tui voimaan sosiaali- ja terveysministeriön asetus, joka mahdollisti buprenorfiinikorvaushoidot ilman aikarajaa. (STM 298/2002)

Vuonna 2008 uudistettiin Sosiaali- ja terveysministeriön asetusta opiaattiriippuvaisten hoidosta eräillä lääkkeillä. Korvaushoito tässä asetuksessa tarkoitettuilla lääkevalmisteilla saadaan aloittaa sellaiselle opiattiriippuvaiselle asiakkaalle, joka ei ole vieroittunut opiaateista. Korvaushoidon tavoite tulee selvittää hoitoa aloitettaessa, ja tavoitetta tulee tarvittaessa tarkistaa. Uusi korvaushoito asetus mahdollistaa korvaushoidon toteuttamisen aiempaa joustavammin. Nyt voidaan toteuttaa hoidon tarpeen arvio, aloitus ja jatkohoito missä tahansa terveydenhuollon yksiköissä. Hoitopaikkaa valitessa tulee kuitenkin käyttää yleisiä hoidon porrastuksen periaatteita. Perusterveydenhuollossa voidaan hoitaa stabiilissa tilanteessa olevat asiakkaat, mutta vaativimmat asiakkaat tulee kuitenkin hoitaa erikoissairaanhoidossa. Korvaushoitovalmisteita ei ollut mahdollista aiemmin määrätä reseptillä. Buprenorfiinin ja naloksinin yhdistelmävalmistetta voidaan vuoden 2008 asetuksen mukaan määrätä toimitettavaksi suoraan apteekista asiakkaalle. Tämä edellyttää, että asiakkaalla on apteekkisopimus, jolloin hän sitoutuu noutamaan sopimuksen mukaiset lääkkeet vain yhdestä apteekista. Asiakkaan tulee sitoutua myös siihen, että apteekki voi välittää hoitoa koskevaa tietoa häntä hoitavalle lääkärille ja tiedon apteekkisopimuksesta muille apteekkeille. Asiakkaan korvaushoidosta vastaava lääkäri saa määrätä ainoastaan buprenorfiinin ja naloksinin yhdistelmävalmistetta asiakkaalle. Vuoden 2008 asetuksen muita uudistuksia ovat opiaattivieroituksen keston yhden kuukauden enimmäisajan poistuminen ja korvaushoitoyksiköstä asiakkaan haltuun luovutettavien korvaushoitolääkkeiden enimmäismäärän lisääminen 15:a vuorokausiannosta vastaavaan määrään. (STM 33/2008)

2.3 Lääkehoito korvaushoidossa

Korvaus- ja ylläpito-hoidossa heroiini tai muu opiaatti korvataan toisella opiaatilla eli buprenorfiinilla tai metadonilla. Nämä estävät vieroitusoireiden syntymisen mutta eivät aiheuta hoitoannoksina päihtymystilaa. Hoitoa annetaan vain sellaisille henkilöille, jotka on todettu opiaattiriippuvaisiksi ICD-10- luokituksen mukaan. Sekä buprenorfiini että metadoni on todettu tehokkaiksi korvaus- ja ylläpitolääkkeiksi. Niillä on kuitenkin joitakin eroja: buprenorfiinilla on kattovaikutus, eli annostusta suurennettaessa vaikutus aluksi lisääntyy mutta tietyn vaiheen jälkeen lisäännoksilla ei ole enää vaikutusta. (Harju-Koskelin 2007:10)

Lääkehoitoa on pyritty viime vuosina lisäämään, ja buprenorfiinin käyttö opiaattiriippuvaisille tarkoitetussa korvaus- ja ylläpito-hoidossa on Suomessa kasvanut. Tätä kuitenkin varjostaa se, että buprenorfiinin ongelmakäyttö näyttää myös lisääntyvän. Suomessa korvaus- ja ylläpito-hoito on laajentunut ja vakiintunut viimeisen kymmenen vuoden aikana. Nykyisin on siirrytty

tilanteeseen, jossa korvaus- ja ylläpitohoitoja annetaan useimmilla paikkakunnilla päihdepalveluiden yhteydessä tai eriyttynä toimintana. (Harju-Koskelin 2007:5; Partanen 2002:6-7)

2.3.1 Korvaushoidossa käytettävä lääke buprenorfiini

Buprenorfiini on synteettisesti valmistettu osittainen muskariini-opiaattireseptoreiden agonisti. Buprenorfiinia on turvallista käyttää eikä siitä ole juurikaan raportoitu hengenvaarallisia haittoja. Buprenorfiinilla pystytään asiakas kiinnittämään hoitoon ja parantamaan hänen olo-tilaansa. Sen avulla lievitetään vieroitusoireita, laimennetaan aineen himoa, kumotaan heroisiin vaikutusta ja se saa aikaan lievää mielihyvää. Tehokkaimmin buprenorfiini vaikuttaa suonensisäisesti käytettynä ja tämä tulisi huomioida erillisenä ongelmana buprenorfiinia aloitettaessa korvaushoitolääkkeenä. Buprenorfiinin vaikutus hoidon alussa lisääntyy, kun annosta nostetaan, mutta myöhemmin annoksen nosto ei enää lisää tehokkuutta. Tästä syystä hengityslama ei kehity suurillakaan buprenorfiini annoksilla. Suomessa käytössä oleva Subutex® on niin sanottu resoriblette eli sen tarkoitus on liueta kielen alta. Suun kautta otetun buprenorfiin vaikutus alkaa hitaammin, jos sen annetaan liueta suussa ja imeytyä limakalvojen läpi. Buprenorfiinin vaikutus voi kestää jopa 24 tuntia, jos annosta suurennetaan vaikutusaika voi olla pidempikin. Pitkä vaikutusaika mahdollistaa buprenorfiinin käytön harvemmin kuin kerran päivässä. Buprenorfiinilla voidaan saavuttaa hoitotasapaino jo kolmessa päivässä. (Baas & Seppänen-Leiman 2002:24-26)

Kipulääkkeenä buprenorfiini otettiin käyttöön vuonna 1978. Subutex® otettiin korvaushoitokäyttöön ensimmäisen kerran vuonna 1996 Ranskassa. Myöhemmin buprenorfiinihoito hyväksyttiin käyttöön Yhdysvalloissa, Australiassa ja suurimmassa osassa Eurooppaa. Suomessa buprenorfiinilla annettavaa korvaushoitoa on käytetty vuodesta 1997 lähtien. Subutex® on kielen alla liuotettavaksi tarkoitettu lääke, jonka tablettivahvuudet ovat 0,4mg, 2mg ja 8mg. (Malin, Holopainen & Tourunen 2006:297) Buprenorfiinin suonensisäinen käyttö on muodostunut vakavaksi ongelmaksi Suomessa. Syitä ei tarkkaan tunneta, mutta mahdollisia syitä voivat olla suonensisäisesti nautitun buprenorfiinin pidempi vaikutusaika ja näin ollen hankinta katukaupasta on halvempaa. Yhtenä syynä voidaan myös pitää sitä, että suonensisäisesti annosteltu buprenorfiini kulkeutuu nopeasti verenkierron mukana keskushermostoon ja tämä lisää buprenorfiinin mielihyvän vaikutuksia. (Baas & Seppänen-Leiman 2002:35-36) Buprenorfiininaloksoni-yhdistelmävalmiste on kehitetty buprenorfiinin väärinkäytön estämiseksi. Valmiste otettiin käyttöön ensimmäiseksi Yhdysvalloissa. Suomessa yhdistelmävalmisteen käyttö aloitettiin korvaushoidossa vuonna 2003. Yhdisteen kaupp nimi on Suboxone®. Suomen katuhuumemarkkinoilla valmisteen houkuttelevuus on pienempi kuin pelkän buprenorfiinivalmisteen. (Tourunen, Pitkänen, Harju- Koskelin, Häkkinen & Holopainen 2009:421)

2.3.2 Maailman yleisimmin käytetty korvaushoitolääke metadoni

Metadoni on maailman yleisimmin käytetty korvaushoitolääke. Sitä saa arviolta noin 300 000 henkilöä Euroopassa. Vuodesta 1965 lähtien metadonihoitoa on toteutettu Yhdysvalloissa, vuodesta 1966 Ruotsissa, vuodesta 1968 Hollannissa ja Australiassa 1970 lähtien. Metadonilla annettavaa korvaushoitoa on annettu vuodesta 1995 lähtien Suomessa. (Mustonen 2007:22) Metadoni on tehokas hoitomuoto heroiiniriippuvaisille. Teho on parhaiten dokumentoitu metadonin ylläpito-hoidossa. Metadoni vaikuttaa aivojen opiaattireseptorien kautta, ja se on syn-teettinen opiaatti. Sitä voidaan käyttää vain opiaattiriippuvaisten asiakkaiden hoidossa. Me-tadonia käytetään korvaushoidossa, jos asiakas käyttää rauhoittavia lääkeaineita runsaasti, tai opiaattiriippuvuus on vahva. Muissa tapauksissa käytetään buprenorfiini tai buprenorfiini-naloksiini yhdistelmä-lääkettä. Metadonin käyttöön liittyy kuitenkin vakavia haittavaikutuksia, kuten hengitysvajauksen, aspiraation, keuhkokuumeen, keuhkoödeeman, sydämen rytmihäiri-öiden ja munuaisten vajaatoiminnan riski. Metadonin käyttöön liittyy kuolleisuus johtuu useimmiten muiden lääkkeiden tai päihteiden samanaikaisesta käytöstä. (Kakko, Grönbladh, Dybrandt Savnborg, Von-Wachenfeldt, Rück, Rawlings, Nilssons & Heilig 2007; Fabritius ym. 2005:8) Ennen korvaushoidon aloittamista metadonilla, asiakkaan perusterveydentila pitää kartoittaa huolellisesti. Koko metadonikorvaushoidon ajan on tarkkailtava asiakkaan lääk-keidenkäyttöä ja sen muutoksia. Asiakkaalle on aina tiedotettava lääkkeiden ja päihteiden yhteiskäytön vaaroista. (Purokivi, Tacke, Koskela, Kokkarinen & Leutola 2008:1756)

Metadonista määritellään yksilöllinen lääkannos, joka otetaan kerran vuorokaudessa suun kautta. Suun kautta otetun metadonin pitoisuus on parhaimmillaan 2-4 tunnissa. Metadoni kumuloituu hoidon alussa tai annosta muuttaessa, joten hoitoannosta on säädettävä sen mu-kaan. Metadonin tavallinen aloitusannos on 10-30mg/vuorokausi, mutta annos säädetään asi-akkaan opiaattitoleranssin mukaan. Enimmäisannos on 40mg/vuorokausi. Jotta vieroitusoireet pysyvät loitolla, annostuksen tulee olla riittävä. Oraalisesti otettuna metadoni on erittäin te-hokas. Korvaushoidossa metadonia käytetään useimmiten nestemäisessä muodossa. (Fabritius ym. 2005:8; Purokivi ym. 2008:1753-1754) Metadonin käyttötarkoitus on vähentää huumeen himoa ja edesauttaa kuntoutumiseen keskittymistä. Vaikeasti opiaattiriippuvaiset huumeiden-käyttäjät saadaan metadonihoidon avulla pysymään hoidossa ja hoidon piirissä. Hoidon tulee olla hyvin valvottua, koska metadonihoidossa oleva asiakas alkaa helposti käyttää samanaikai-sesti muita päihteitä, kuten esimerkiksi alkoholia. (Fabritius ym. 2005:50-51)

2.3.3 Lääketieteen riippuvuusmääritelmä

Opiaattiriippuvuudella korvaushoitoasetuksessa tarkoitetaan sitä, että ICD-10- tautiluokituk-sen F11.2x diagnostiset kriteerit täyttyvät. Näitä ovat voimakas halu tai pakonomainen tarve käyttää aineita, heikentynyt kyky kontrolloida aineen käytön aloittamista, kulutuksen määrää

tai lopettamista. Fysiologisia vieroitusoireita esiintyy, kun aineen käyttö vähentyy tai loppuu, esimerkiksi lihassäryt tai kouristukset, toistuvat vilunväristykset ja sydämentykytykset. Opi-aattiriippuvaisen elämä pyörii aineen ympärillä, ja kaikki keskittyminen menee aineen hankkimiseen, käyttämiseen ja sen vaikutuksista toipumiseen. (Käypä hoito suositus 2010) ICD-10 -tautiluokitusta käytetään lääketieteessä, kun tarkastellaan päihdeiden käyttöä. Kliininen tila erotellaan päihdediagnoosien järjestelmässä päihdekohtaiseksi. ICD-10- tautiluokituksessa F11.2. on opiaattien käytön aiheuttama riippuvuusoireyhtymä. On olemassa myös erillisiä strukturoituja kysymyssarjoja ja mittareita, jotka helpottavat päihdeongelman vaikeusasteen arviointia ja diagnosointia. Kuitenkin diagnoosi tehdään usein avoimen kliinisen haastattelun perusteella. Diagnoosin avulla saadaan selville, minkälaista hoitoa asiakas tarvitsee tai on ehkä jo saanut. Opiaattiriippuvuuden luokittelu selviää taulukosta 1. (Inkinen, Partanen & Sutinen 2000:46-47; Poikolainen 2003:79,81)

TAULUKKO 1. Opiaattiriippuvuuden luokittelu (Tampereen kaupunki 2010)

F11.2 Opiaattien käytön aiheuttama riippuvuusoireyhtymä
F11.20 Opiaattien käytön aiheuttama riippuvuusoireyhtymä; tällä hetkellä vieroittunut
F11.21 Opiaattien käytön aiheuttama riippuvuusoireyhtymä; tällä hetkellä ei käytä, mutta oleskelee rajoittavassa ympäristössä
F11.22 Opiaattien käytön aiheuttama riippuvuusoireyhtymä; tällä hetkellä kliinisesti valvottulla ylläpito- tai korvauslääkityksellä (kontrolloitu riippuvuus)
F11.23 Opiaattien käytön aiheuttama riippuvuusoireyhtymä; tällä hetkellä vieroittunut, mutta saa aversio- tai estolääkityshoitoa
F11.24 Opiaattien käytön aiheuttama riippuvuusoireyhtymä; tällä hetkellä käyttää ainetta (aktiivinen riippuvuus)
F11.25 Opiaattien käytön aiheuttama riippuvuusoireyhtymä; jatkuva käyttö
F11.26 Opiaattien käytön aiheuttama riippuvuusoireyhtymä; jaksottainen käyttö
F11.29 Opiaattien käytön aiheuttama riippuvuusoireyhtymä; ei tietoa riippuvuusoireyhtymän laadusta

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TUTKIMUSONGELMAT JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää opiaattiriippuvaisten korvaushoitoa, ja kuva-
ta sairaanhoitajien näkökulmia korvaushoidon asiakkaille tuottamista hyödyistä. Tarkoitukse-
na on myös saada selville missä määrin hoito vaikuttaa asiakkaiden elämäntilanteen muuttu-
miseen. Opinnäytetyössä haastattelujen avulla pyritään selvittämään korvaushoidon kehittä-
misehdotuksia.

Tämän opinnäytetyön tutkimusongelmat ovat:

1. Minkälaista hyötyä korvaushoidosta on opiaattiriippuvaisille?
2. Millä tavoin korvaushoito vaikuttaa asiakkaiden elämäntilanteeseen?
3. Miten korvaushoitoa voidaan sairaanhoitajien mielestä kehittää?

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa opiaattiriippuvaisten korvaushoidosta.
Tavoitteena on opiaattiriippuvaisen lääkehoidon ja asiakkaan hoitopolun avaaminen lukijalle.
Opinnäytetyön tuloksia voidaan käyttää ja hyödyntää K-Klinikan omassa kehittämistyössä.
Opinnäytetyö antaa hoitajille ja hoitoalan opiskelijoille tietoa korvaushoidosta. Tässä opin-
näytetyössä korvaushoitoa korvaushoidon hyötyjä ja kehittämismahdollisuuksia tarkastellaan
Tampereen K-klinikan sairaanhoitajien näkökulmista.

4 OPINNÄYTETYÖSSÄ KÄYTETTÄVÄ MENETELMÄ

4.1 Tutkimusympäristön kuvaus

Teimme haastattelut Tampereen K-klinikalle, joka toimii A-klinikkasäätiön alaisena yksikkönä, josta kunnat voivat ostaa palvelun. K-klinikka on yli 18-vuotiaiden opiaattiriippuvaisten henkilöiden lääkeavusteisen kuntoutuksen avohoitoyksikkö. K-klinikka toteuttaa Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2008 antaman asetuksen mukaista hoitoa. Korvaus- ja vieroitushoito pohjautuu psykososiaaliseen ja lääkeavusteiseen kuntoutukseen. Korvaushoidolla tähdätään kuntoutumiseen, päihteettömyyteen ja haittojen vähentämiseen. Vieroitushoito on taas päihteettömyyteen tähtäävää hoitoa. Tampereen K-klinikalla toteutetaan korvaus- ja vieroitushoidon intensiivivaihe, joka kestää noin vuoden, maksimissaan puolitoista vuotta. Tämän jälkeen asiakkaat siirtyvät jatkohoitoon oman kuntansa terveyskeskuksiin ja Tamperelaiset asiakkaat Tampereen kaupungin sosiaali- ja terveystoimen osoittamiin yksiköihin. (A-klinikkasäätiö Tampereen A-klinikkatoimi 2010)

K-klinikalle hoitoon hakeutuminen on mutkikas prosessi. Asiakkaan tulee olla jo hakeutumisvaiheessa motivoitunut ja hakea paikkaa aktiivisesti. Asiakkaan kotikunnan sosiaali- ja terveystoimen lääkäri tekee lähetteen TAYS:n päihdepsykiatrian poliklinikalle hoidon tarpeen arvioimista varten. Jos TAYS:n päihdepsykiatrian poliklinikan arvioissa tehdään päätös korvauksella vieroitushoidosta, hoito aloitetaan Pitkänniemen sairaalan osasto APS5:lla. Asiakas pääsee K-klinikalle hoitoon kuuden kuukauden sisällä, hoitotakuun mukaisesti. (A-klinikkasäätiö Tampereen A-klinikkatoimi 2010)

Klinikan toiminta sai alkunsa 2.4.2001. K-klinikan henkilökunta koostuu yksikön johtajasta, lääkäristä, sosiaalityöntekijästä, ohjaajasta, sairaanhoitajista, toimistosihteeristä ja siistijästä. Jokaisella asiakkaalla on omatyöntekijä, joka tukee häntä hoidossa. (A-klinikkasäätiö Tampereen A-klinikkatoimi 2010)

4.2 Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä

Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus on kokonaisvaltaista tiedonhankintaa, jolloin tutkija pyrkii tuomaan esiin uutta tietoa. Tarkoituksena ei ole teorian tai hypoteesin testaaminen vaan päämääränä on tulkita tutkittavan ilmiön merkityksiä, ja lisätä ymmärrystä. Kvalitatiivinen tutkimus on kiinnostunut enemmän laadusta kuin määrästä. Kvalitatiivinen tutkimus vaatii pohjaksi vahvan teoreettisen osuuden, ilman tätä tutkimuksesta voi tulla pelkkä intuitioon tai mielipiteisiin nojautuva näkemys tutkittavasta asiasta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008:160; Koivula, Suihko & Tyrväinen 2002:31)

Tutkimusaineisto kerätään luonnollisessa ja aidoissa tilanteissa. Aineistoa käsitellään ainutlaatuisena ja sitä tulkitaan sen mukaisesti. Tutkijalla ei ole ennakko-olettamuksia tutkimuskohteesta tai tutkimustuloksista. On suotavaa, että henkilöt, joilta tietoa kerätään omaavat tutkittavasta ilmiöstä mahdollisimman paljon tietoa tai kokemusta, jolloin aineisto on laadullista. Kvalitatiivisen tutkimuksen analyysitapa on vapaamuotoinen ja aineisto sidonnainen. Analyysitapa perustuu laadullisten yhtäläisyyksien ja erojen tulkintaan ja luokitteluun. Laadullisella tutkimuksella voidaan saada muun muassa ideoita palveluiden sisällön kehittämiseen. (Eskola & Suoranta 2002:19-20; Hirsjärvi ym. 2008:157,160; Koivula, Suihko & Tyrväinen 2002:27)

Käytimme opinnäytetyössämme kvalitatiivista tutkimusmenetelmää, koska halusimme tuoda julki korvaushoitoa toteuttavien sairaanhoitajien näkemyksiä korvaushoidosta. Korvaushoitoa on toteutettu Suomessa noin kymmenen vuoden ajan, joten aihetta on tutkittu vähän. Tämän vuoksi koimme tärkeäksi käyttää kvalitatiivista tutkimusmenetelmää, koska tavoitteenamme oli kuvata korvaushoidon hyötyä ja vaikuttavuutta sekä sen kehittämismahdollisuuksia sairaanhoitajien näkökulmista.

4.3 Aineiston keruu laadullisessa tutkimuksessa

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tyypillisimpiä aineistonkeruumenetelmiä ovat kysely, haastattelu ja dokumentteihin perustuva tieto. Kvalitatiivinen tutkimus tehdään aidoissa ja luonnollisissa tilanteissa. Tutkija luottaa enemmän omiin havaintoihinsa ja keskusteluihin tutkittavien kanssa kuin mittausvälineisiin. Haastattelussa tiedonkeruu suoritetaan suullisesti, jonka etuna on joustavuus verrattaessa kirjalliseen kyselyyn. Haastattelu on haastateltavan ja haastattelijan molemminpuolista vuorovaikutusta. Haastattelu voi vaihdella täysin strukturoidusta avoimeen syvähaastatteluun. (Hirsjärvi ym. 2008:189; Tuomi & Sarajärvi. 2003:75-78)

Teemahaastattelu eli puolistrukturoitu haastattelu on lähellä syvähaastattelua. Teemahaastattelussa edetään tiettyjen keskeisten etukäteen valittujen teemojen ja niihin liittyvien tarkentavien kysymysten varassa. Ihmisten tulkinnat asioista korostuvat teemahaastattelussa. Tyypillistä teemahaastattelussa on, että teema-alueet ovat tiedossa, mutta kysymysten tarkka järjestys ja muoto puuttuvat. Puolistrukturoiduissa haastatteluissa kysymykset ovat kaikille haastateltaville samat, mutta vastauksia ei ole sidottu vastausvaihtoehtoihin, joten haastateltavat voivat vastata omin sanoin. Haastattelija voi vaihdella kysymysten sanamuotoa, vaikka kysymykset on määrätty ennalta. Teemahaastattelussa kysymykset pyritään asettelemaan niin, että saadaan vastauksia, jotka vastaavat tutkimuksen tarkoitukseen, ongelman asettelemaan ja tutkimustehtävään. Etukäteen valitut teemat perustuvat tutkimuksen viitekehykseen,

eli tutkittava ilmiö on jo etukäteen tunnettu. Teemahaastattelu vastaa hyvin monia kvalitatiivisen tutkimuksen lähtökohtia, siksi sitä käytetään paljon kasvatus- ja yhteiskuntatieteellisessä tutkimuksessa. (Hirsjärvi & Hurme 2010:47; Hirsjärvi ym. 2008:203; Tuomi & Sarajärvi 2003: 77-78)

Opinnäytetyömme aineisto kerättiin teemahaastattelulla, koska haastattelu kohdennettiin tiettyihin teemoihin, joista keskusteltiin. Halusimme, että haastateltavien tulkinnat asioista ja heidän asioille antamat merkitykset ovat keskeisiä. Haastattelut toteutettiin Tampereen K-klinikalla haastattelemana sairaanhoitajia. Teemahaastattelut sisälsivät samat teemat kaikille haastateltaville, mutta kaikilla haastateltavilla oli mahdollisuus vastata omin sanoin. Haastattelut nauhoitettiin, ja nauhoituksen aikana teimme lisäksi muistiinpanoja ja havainnointia. Haastattelujen jälkeen aineisto purettiin tekstiksi, eli litteroitiin. Tämän jälkeen keräsimme aineistosta yhteneväisyyksiä, joilla oli keskeistä merkitystä tutkimuskysymysten kannalta. Tutkimuskysymysten teemat ohjasivat samankaltaisuuksien löytämistä. Näistä nousi aineiston yläluokat, joiden avulla rakentui alaluokat. Teemahaastattelun runko löytyy opinnäytetyön liitteistä. (Liite 7.)

Tarkoituksenamme oli suorittaa haastattelut kesän 2010 aikana, mutta meistä riippumattomista syistä aikataulumme venyi, ja pääsimme haastattelemaan vasta joulukuussa 2010. Haimme tutkimuslupaa opinnäytetyöllemme A-klinikka säätiöltä. Tutkimuslupahakemus täytettiin A-klinikka-säätiön verkkosivuilla tietopuussa. Tutkimuslupa myönnettiin 19.11.2010.

4.4 Sisällön analyysi

Sisällön analyysillä tarkoitetaan kerätyn tietoa-aineiston tiivistämistä niin, että tutkittavia ilmiöitä voidaan lyhyesti ja yleistävästi kuvailla tai että tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet saadaan selkeinä esille. Sisällön analyysin avulla voidaan tehdä havaintoja dokumenteista ja analysoida niitä systemaattisesti. (Janhonen & Nikkonen. 2001:23). Sisällön analyysi voidaan tehdä joko aineistolähtöisesti, teoriaohjaavasti tai teorialähtöisesti. Aineiston analyysin jälkeen pohditaan tutkimustuloksia, joista voidaan tehdä erilaisia johtopäätöksiä. (Hirsjärvi ym. 2008:224-225)

Aineistolähtöinen analyysi voidaan kuvata kolmivaiheiseksi prosessiksi, johon kuuluvat aineiston redusointi eli pelkistäminen, aineiston klusterointi eli ryhmittely, ja abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. Aineistolähtöisessä sisällön analyysissä on valittava jokin tarkkaan rajattu ilmiö. Kaikki muu materiaali, jota aineistosta löytyy, pitää jättää pois. Se, mistä juuri tässä työssä ollaan kiinnostuneita, näkyy työn tarkoituksesta tai tehtävästä. Niiden pitää olla linjassa raportoidun kiinnostuksen kanssa. Aineiston pelkistämisessä on kyse juuri

tästä. Analysoitava informaatio on aukikirjoitettu haastatteluaineisto, joka pelkistetään siten, että aineistosta karsitaan tutkimukselle epäolennainen pois. Pelkistäminen voi tapahtua siten, että aukikirjoitetusta aineistosta etsitään tutkimustehtävän kysymyksillä niitä kuvaavia ilmaisuja, jota alleviivataan erivärisillä kynillä. (Tuomi & Sarajärvi 2006:94, 110-112)

Aineiston ryhmittelyssä aineistosta alleviivatut alkuperäisilmaukset käydään läpi ja aineistosta etsitään samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Samaa asiaa tarkoittavat käsitteet ryhmitellään ja yhdistetään luokaksi sekä nimetään luokan sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Luokittelussa aineisto tiivistyy, koska yksittäiset käsitteet sisällytetään yleisimpiin käsitteisiin. Seuraava vaihe sisällön analyysissä on käsitteellistäminen, jolloin erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto, jonka perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Käsitteellistämisessä edetään alaluokkien käsitteistä teoreettisiin käsitteisiin ja johtopäätöksiin. Luokituksia yhdistetään niin kauan kuin se on aineiston sisällön kannalta mahdollista. Käsitteitä ja luokituksia yhdistelemällä saadaan vastaus tutkimusongelmaan. (Tuomi & Sarajärvi 2006:94,112-115)

Opinnäytetyön aineiston analyysi alkoi haastattelujen toteuttamisen jälkeen. Aluksi kuuntelimme haastattelut ääninauhalta kertaalleen, jonka jälkeen kirjoitimme sanasta sanaan auki tietokoneelle, eli litteroimme ne. Tulostimme litteroidut haastattelut, ja aloimme alleviivata erivärisillä kynillä aineistosta yhteneväisyyksiä, joilla oli keskeisiä merkityksiä tutkimuskysymysten kannalta. Haastatteluissa olleet teemat ohjasivat samankaltaisuuksien etsimistä. Näistä kirjoitimme ylös lauseita, joista teimme pelkistettyjä ilmauksia. Pelkistämisen jälkeen luimme kaikki alkuperäisilmaukset läpi, ja etsimme niistä yhteneväisyyksiä ja eroavaisuuksia. Tämän jälkeen ryhmittelimme samaa asiaa tarkoittavat käsitteet, yhdistimme ne alaluokiksi, ja nimesimme muodostuneet alaluokat niiden käsitesisältöä kuvaavalla nimellä. Jatkoimme aineiston tiivistämistä etsimällä alaluokkien käsitteistä yhteneväisyyksiä, ryhmittelemällä samaa asiaa kuvaavat käsitteet, ja yhdistämällä niitä taas yläluokiksi. Tämän jälkeen kirjoitimme tutkimustulokset auki.

4.5 Opinnäytetyön luotettavuus

Tutkimusten tulosten luotettavuus ja pätevyys vaihtelevat, kuitenkin pyritään välttämään virheiden syntymistä. Tutkimuksen reliabiliteetti tarkoittaa tulosten toistettavuutta, eli sen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Tutkimuksen tulosta voidaan pitää reliabilina, jos samaa henkilöä tutkitaan eri kerroilla, ja saadaan sama tulos molemmilla kerroilla, tai jos kaksi arvioijaa päätyy samaan tulokseen. Jos tutkimus uusittaisiin, pitäisi saada samat tulokset samoissa olosuhteissa. Validiteetilla tarkoitetaan pätevyyttä mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata. Tutkimusmenetelmät eivät aina vastaa todellisuutta, jota tutkija ajattelee tut-

kivansa. Validius ei toteudu, jos vastaajat ovat käsittäneet kysymykset aivan toisin kuin tutkija on ajatellut. Jos tutkija käsittelee tuloksia kuitenkin oman alkuperäisen ajattelumallinsa mukaisesti, tuloksia ei voida pitää tosina ja pätevinä. (Hirsjärvi ym. 2008:226-227). Tutkimusaineisto on sisäisesti luotettavaa siinä määrin, kuin mittaaminen on reliaabelia ja validia. (Uusitalo 2001:86)

Opinnäytetyömme luotettavuutta parantaa se, että kerromme selvästi ja totuudenmukaisesti aineiston tuottamisen olosuhteet. Lähetämme teemahaastattelun etukäteen haastateltaville, tällöin heillä on mahdollisuus tutustua haastattelussa läpikäytäviin teemoihin. Ennen haastattelun alkua kysymme vielä haastateltaviltamme, ovatko he ymmärtäneet kaikki teemamme ja mitä niillä tarkoitamme. Tällöin saatavaa aineistoa voidaan pitää validina.

4.6 Opinnäytetyön eettisyys

Haastattelijan ja haastateltavien suhde on tärkeä. Haastateltavilla on oikeus tietää, mitä heille tapahtuu, jos he osallistuvat haastatteluun. Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista. Haastateltavilta pyydetään kirjallinen lupa ja heillä on mahdollisuus keskeyttää haastattelu halutessaan. Haastateltaville kerrotaan mihin tarkoitukseen aineistoa kerätään, ja mihin haastattelujen tuloksia käytetään. Haastatteluista ei saa aiheutua vahinkoa niihin osallistuville. Eettiseen pohdintaan kuuluu aiheen valinta, kenen ehdoilla aihe valitaan, ja miksi aiheeseen on päädytty. (Sarajärvi & Tuomi 2003: 122-126, 129) Tässä opinnäytetyössä eettisyys näkyy sillä, että pyrimme kehittämään paremmaksi asiakkaiden saamaa korvaushoitoa. Tuomme esille hoitohenkilökunnan mielipiteitä, kuinka hoitoa voidaan kehittää. Haastattelut tehdään korvaushoitoa antaville sairaanhoitajille, jotka kertovat oman näkemyksensä lisäksi asiakkaiden näkemyksen. Eettisyys ilmenee siten, että sairaanhoitajat ja asiakkaat pysyvät anonymisinä. Opinnäytetyön yhteydessä saatuja tietoja emme luovuta ulkopuolisille, eikä tietoja käytetä muuhun tarkoitukseen.

5 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

5.1 Korvaushoidon hyödyt opiaattiriippuvaisille

Korvaushoidon hyötyjä tarkasteltaessa aineistossa nousi esiin seitsemän alaluokkaa, joista muotoutui kolme yläluokkaa. Yläluokkina alaluokille olivat elämän järjestys, yhteiskunnallisten haittojen väheneminen ja hyvinvointi. Hyötyjä koskevia alaluokkia muodostui aineistosta eniten.

Keskeiseksi hyödyksi haastatteluissa nousi asiakkaan *elämänhallinta*. Oman elämän hallinnan nähtiin olevan edellytys päivärytmin löytymiselle. Korvaushoidossa opetellaan päivärytmiä, sillä asiakkaiden tulee hakea korvaushoitolääke täsmällisesti joka päivä. Asiakkaat tulevat korvaushoittoon pääasiassa suoraan kadulta, joten hoidon hyöty on moninaista. Haastattelussa nostettiin esiin olennaisena asiana se, että monen asiakkaan toive paremmasta elämästä toteutuu. Korvaushoidossa asiakkaat alkavat pohtia tulevaisuuden näkymiä. Asiakkaille tarjotaan mahdollisuus rakentaa päihteetön tulevaisuus. *Elämän järjestyksen* muovaavat päivärytmin muodostuminen ja oman elämänhallinta. Järvenpään sosiaalisairaalan vieroituspoliklinikan osastonhoitaja Jouni Susi on sitä mieltä, että puolen vuoden korvaushoidon aikana on tapahtunut muutoksia asiakkaissa parempaan suuntaan. Asiakkaiden vointi on parantunut, ja he ovat saaneet säännöllisyyttä elämäänsä. (Jouhki 2000:31)

”Niin se hyöty tulee siitä, että he saa vähitellen omaa elämäntilannettaan sitten järjestyseen [---]”

” [---] aikaa jää siinä päivässä ja elämässä monenlaisille muille asioille, sen sijaan että se on kokopäivätoimista työtä se aineenhankinta kadulta.”

Korvaushoidon myötä asiakkaiden *taloudellinen tilanne* paranee, kun heidän rahansa eivät mene kadulla aineiden hankintaan. Asiakkailla jää rahaa ruokaan, ja moni pystyy pitämään kotinsa kohentuneen taloudellisen tilanteen myötä. Monilla asiakkailla on velkoja ja sakkoja maksamatta, velkajärjestelyt hoidetaan yhdessä sosiaalitoimiston kanssa. Katuelämän jättämisen myötä rikollinen elämä vähentyy. Asiakkaat eivät joudu rikoksilla hankkimaan aineita, ja laittomien huumeiden käyttö loppuu, tai ainakin vähenee. Korvaushoidon kautta asiakkaat tulevat *yhteiskuntakelpoisiksi*. *Yhteiskunnalliset haitat vähenevät*, kun asiakkaiden taloudellinen tilanne muuttuu.

Sosiaalinen tasapaino syntyy sosiaalisten suhteiden paranemisen myötä ja sosiaalisten haittojen vähennettyä. Yhteydet perheenjäseniin muodostuvat uudelleen tai parantuvat. Haastatteluissa nousi esille, että korvaushoidolla on myönteiset *terveysvaikutukset*. Korvaushoidon

ohessa tulee hoidettua asiakkaiden somaattisia ja psykosomaattisia sairauksia. Interferonihoidot hepatiitin hoitoon saadaan käynnistymään. Hampaiden huono kunto on terveyshaitta, johon puututaan korvaushoidossa. Myönteisiä terveysvaikutuksia ovat myös unen, levon ja ravinnon parantuminen ja lisääntyminen.

” [...] monet hoidattaa hampaansa, niinku, että on voinu, ettei ole kymmeneen vuoteen käynny hammaslääkärissä [...]”

Opiaattiriippuvaisten korvaushoidossa on niitä, jotka ovat onnistuneet *vieroittautumaan*, tai lääkehoito jatkuu mahdollisimman pienellä annoksella, jotta lopullinen vieroittautuminen olisi mahdollista. Asiakkaiden hoidon ollessa siinä vaiheessa, että he siirtyvät jatkohoitoon terveyskeskukseen, he ovat irti laittomista huumeista. Vuonna 1997 aloitettiin kehittämishanke avohoito-ohjelmalla Kettutien A-poliklinikalla ja laitoshoidon ohjelmalla Järvenpään sosiaalisaira-alassa. Hankkeen tuloksista käy ilmi, että buprenorfiinin avulla asiakkaat saadaan tehokkaasti kiinnittymään hoitoon, ja korvaushoidon aikana retkahdukset olivat vähäisiä. (Baas & Seppänen-Leiman 2002: 22-23)

Korvaushoidon historia ei ole vielä kovin pitkä, Tampereella korvaushoitoa on toteutettu noin kymmenen vuotta, jonka vuoksi ei ole tiedossa tarkkoja lukumääriä vieroittautuneista. Sosiaalinen tasapaino yhdessä terveysvaikutusten ja vieroittautumisen kanssa muodostavat asiakkaiden *hyvinvoinnin*.

5.2 Korvaushoidon vaikuttavuus asiakkaiden elämäntilanteeseen

Asiakkaiden elämäntilanteeseen vaikuttavista tuloksista nousi esille kuusi alaluokkaa, jotka yhdistyivät kahdeksi yläluokaksi. Yläluokiksi muodostuivat elämäntilanteen vakauttaminen ja sosiaaliset suhteet.

Todettiin, että korvaushoito vaikuttaa oleellisesti asiakkaiden *oman elämän rakentamiseen*. Hoidon alussa ruvetaan asettamaan tavoitteita ja visioimaan tulevaisuutta. Korvaushoito tuo asiakkaiden elämään mielekkyyttä ja sisältöä päivään. Korvaushoidon myötä asiakkaat hakeutuvat harrastusten pariin. Korvaushoidossa työllistyminen ja kouluttautuminen ovat keskeinen osa hoitoa. Kuntouttavan työtoiminnan avulla pyritään madaltamaan kynnystä palata työelämään. Tampereen K-klinikalla yli 50 %:lle asiakkaista lähdetään miettimään työllistymis- tai koulutus suunnitelmaa. Joillakin asiakkailla on jo taustalla koulutusta ja kokemusta työelämästä, on myös asiakkaita, jotka ovat töissä tai koulussa kaiken aikaa.

”Kyllähän tää korvaushoito ja nimenomaan se lääke, kyllähän se sitten niin kuin mahdollistaa sitten sen, et ihminen voi lähteä opiskelemaan ja töihin [---]”

Korvaushoidon myötä asiakkaiden velat ja sakot tulee hoidettua, mikä vähentää asiakkaiden stressiä. Hoito mahdollistaa paremman rahatilanteen, koska rahat eivät mene aineiden hankkimiseen. *Taloudellinen kuntoutuminen* vaikuttaa positiivisesti asiakkaiden elämäntilanteeseen. *Arjen hallinnan* etsiminen on iso muutos asiakkaiden elämäntilanteeseen. Vuorokausirytmii opetellaan korvaushoidossa, kun asiakkaiden tulee olla tiettyyn aikaan hakemassa korvaushoitolääke. Lääke mahdollistaa normaalisti toimimisen. Lääkkeen saa hallitusti korvaushoitoklinikalta, tällöin asiakkaiden ajatukset eivät pyöri jatkuvasti aineen hankkimisen ympärillä. *Terveystilan koheneminen* korvaushoidon myötä on iso muutos asiakkaiden elämässä. Terveiden parantumisen myötä unen ja levon tarve lisääntyy. Harju-Koskelinin OHJAT- projektin loppuraportissa käy ilmi haastateltavien kokemukset elämänlaadun parantumisesta erityisesti päihteiden käytön, sekä fyysisen ja psyykkisen terveyden suhteen, verrattuna tilanteeseen ennen hoidon alkua. Tutkimus toteutettiin haastatteleamalla korvaus- ja ylläpitohoidoissa pääkaupunkiseudulla olevia asiakkaita. (Harju-Koskelin 2007:73-75) Asiakkaiden oman elämän rakentaminen, taloudellinen kuntoutuminen, arjen hallinnan etsiminen ja terveyden-tilan koheneminen muodostavat yhdessä *elämäntilanteen vakauttamisen*.

Elämäntilanteeseen vaikuttavana tekijänä nähtiin *perhe-elämän* kuntoutuminen ja *verkoston muutos*. Monet asiakkaista saavat uudelleen luotua välit omaisiin ja vanhempiin. Jotkut asiakkaat siirtyvät terveyskeskukseen jatkohoitoon niin, että heillä on perhe-elämä kunnossa. Asiakkaalle on iso muutos jättää vanha käyttäjäverkosto taakse, ja alkaa luomaan uusia verkostoja. Uusien verkostojen rakentamisen onnistuminen on yksilöllistä, mutta K-klinikka pyrkii tukemaan sen onnistumista. Moni etsii harrastusten, itsehoitoryhmien ja seurakunnan kautta raittiiseen seuraan. *Sosiaaliset suhteet* muotoutuvat perhe-elämästä ja verkoston muutoksesta.

”[---] ainakin yks tavoite, että jätetään se käyttömaailma taakse, joten silloin täytyy myös jättää ne kaverit, jotka käyttää [---]”

5.3 Korvaushoidon kehitysmahdollisuudet sairaanhoitajien näkökulmista

Korvaushoidon kehitysmahdollisuuksia tarkastellessa aineistosta nousi esiin kuusi alaluokkaa, joista muotoutui kolme yläluokkaa. Yläluokkina alaluokille olivat yhteistyö, hoidon vaikuttavuus ja resurssit. Pääluokkana yläluokille oli kokonaisvaltainen kuntoutuminen.

Yhdeksi tärkeäksi kehityskohteeksi nostettiin *hoidon sisällön* kehittäminen. Haastateltavien mukaan hoidon etenemisessä olisi hyvä olla erilaisia väyliä, koska toiset asiakkaat ovat motivoituneempia kuin toiset. Motivoituneempi asiakas voisi käyttää nopeampaa etenemismallia, ja toisella olisi mahdollisuus edetä hitaammin. Tällä hetkellä vieroitushoito on erillään kuntouttavasta korvaushoidosta, joten sairaanhoitajien mielestä se tulisi sisällyttää kuntouttavaan korvaushoittoon. Haittoja vähentävässä hoito-ohjelmassa on tällä hetkellä pelkkä lääkkeenjako, siihen tulisi saada lisää sisältöä. Haastatteluista nousi esille, että korvaushoito-ohjelmien toteuttamiselle kaivattaisiin selkeitä raameja. Hoitajat toivat esille, että *arviointiprosessia* tulisi kehittää. Oikean hoito-ohjelman arviointi tulisi aloittaa jo Matalassa kynnyksessä, kun asiakas sinne kadulta hakeutuu. Arviointiajasta tulisi pitää johdonmukaisemmin kiinni, kun asiakas on aloittanut hoidon. Arviointikriteereitä toivottiin yhdenmukaisemmiksi ja selkeämmiksi. Arviointiin haluttaisiin tarkkuutta, jotta monipäihdeongelmaisille pystyttäisiin löytämään oikea kuntoutumis- ja opiaattivieroituskeino. *Hoidon vaikuttavuus* muodostuu hoidon sisällöstä ja arviointiprosessista.

Toimiva tiedonkulku tarvitsisi kehittämistä. Erityisesti enemmän yhteistyötä toivottaisiin Matalan, K-klinikan ja Tays:n päihdepoliklinikan kanssa. Verkostoitumista voisi olla enemmän korvaushoitoa toteuttavien yksiköiden, sosiaalitoimen ja niiden terveystoimiston sekä Pitkäniemen sairaalan päihdepsykiatrian osaston kanssa. Tällöin asiakkaalle saataisiin luotua uusia kontakteja, ennen kuin hän pääsee jatkohoitoon. Asiakkaan hoitoa pystyttäisiin seuraamaan ja tieto välittyisi paremmin, jos kunnallisella puolella, sosiaalitoimella ja Tays:lla olisi yhteinen tiedonvälitysjärjestelmä.

Parantumista tapahtuisi, jos *psykososiaalisen tuen* määrää ja laatua lisättäisiin korvaushoittoon. Samanaikaisesti korvaushoidon aloittavia on runsaasti, ja niin psykososiaalinen tuki jää vajaaksi. Vesa Knuuttila, Pekka Saarnio ja Kari Siekkinen esittelivät Jouni Tourusen ja Päivi Jokisen tekemän kyselyn tuloksia Tiimi-lehdessä 1/2003. Kysely koski opiaattiriippuvaisten korvaushoidossa toimivien työntekijöiden näkemyksiä. Työntekijät olivat sitä mieltä, että psykososiaalinen kuntoutus on pakollinen osa korvaushoitoa. Psykososiaalista hoitoa ja lääkettä ei pitäisi asettaa vastakkain, vaan kummallekin tulisi antaa tilaa ja niiden kombinaatioille. (Knuuttila, Saarnio & Siekkinen 2003:13) Erityisesti tukea tarvittaisiin asiakkaan siirtyessä terveyskeskukseen. Sairaanhoitajat nostavat esille asiakkaiden huolen jäädä ilman tukea, kun he siirtyvät jatkohoitoon. Suurin osa asiakkaista on ikään kuin omillaan. Lisää aikaa ja useampia käyntejä toivottaisiin jatkohoitopaikkaan. *Yhteistyö* syntyy kun tiedonkulku on toimivaa ja psykososiaalinen tuki on kunnossa.

”[---] siinä vaiheessa kun kaupunki on tän homman suunnitellu näin, että asiakkaat siirtyy jatkamaan hoitoaan sinne avoterveydenhuollon puolelle, niin siinä vaiheessa on ollu tällainen kaunis ajatus, että se on aikuissosiaalityön sosiaalityöntekijä, joka sitten vastaa tästä

psykosiaalisesta tuesta. Ja tota no käytännössä se on niin, että meillä on niitä asiakkaita, jotka käy palkkatöissä, joilla ei oo mitään tekemistä sosiaalityön kanssa [---].”

Omahoitajuutta tulisi kehittää, se on vahvasti asiakkaan etu. Omatyöntekijäjärjestelmään kaivattaisiin muutosta. On mietitty hoitopareja ja eri tiimejä asiakkaita varten. Tiimit muodostuisivat kahdesta sairaanhoitajasta ja sosiaalityöntekijästä. Moniammatillisen tiimin avulla sairaanhoitajat saisivat tiimin tuen asiakkaiden hoitoon liittyviin asioihin. Asiakkaat jaettaisiin tiimien kesken, joista jokainen voisi keskittyä omaan asiakasryhmäänsä. Tällä tavalla sairaanhoitajien työtaakka kevenisi, ja he pystyisivät tarjoamaan asiakkaille enemmän tukea päih-teettömyyteen. *Resursointia* kaivattaisiin, korvaushoidossa on monta asiakasta jokaista sairaanhoitajaa kohden, ja tässä nousee esille resurssien vähäisyys. Erilaisia hoitoryhmiä olisi mahdollisuus kehittää, jos resursseja olisi enemmän. Resursseja pitäisi lisätä myös sosiaalityön puolelle, koska aikuistyön sosiaalityöntekijä huolehtii terveyskeskuksessa hoidossa olevien asiakkaiden psykososiaalisesta tuesta. Resurssipula tulee vastaan, kun asiakkaat siirtyvät avoterveydenhuoltoon. Sairaanhoitajat tekevät avoterveydenhuollossa korvaushoitotyötä muun työn ohella, joten heidän tarjoama palvelu korvaushoitoasiakkaille on hyvin vähäistä. Rahankäytön rationalisointi olisi tärkeätä, miten raha keskitetään korvaushoitopalveluihin ja muihin päihdepalveluihin. Omahoitajuus ja resursointi muodostavat *resurssit*. Vuonna 2001 ilmestyneestä opioidiriippuvaisten lääkkeellisiä hoitoja kehittäneen työryhmän muistiosta käy ilmi, että korvaushoidossa olisi korjattavaa sen resursseissa. Työryhmä haluaisi, että buprenorfiinihoidon voisi aloittaa terveyskeskukset, A-klinikat ja muut päihdehuollon avo- tai laitossyksiköt. (Saukkonen 2001:23)

”[---] kaikki on aina rahasta kiinni, ja täähän on kallista hoitoo, tää on tosi kallista hoitoo, mutta että tietysti se, että kyllähän tässä vieläkin olis mahdollisuus petrata [---]”

Yhteistyö, hoidon vaikuttavuus ja resurssit mahdollistavat *kokonaisvaltaisen kuntoutumisen*. Tällöin korvaushoito olisi vaikuttanut toivotulla tavalla. Asiakas pääsisi irti huumeista ja elämä jatkuisi päih-teettömänä.

6 POHDINTA

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata opiaattiriippuvaisten korvaushoitoa ja sen sisältöä. Korvaushoidon vaikuttavuutta ja sen kehittämismahdollisuuksia sairaanhoitajien näkökulmista on tässä opinnäytetyössä tarkasteltu haastattelujen avulla. Tarkastelun painopisteinä ovat opiaattikorvaushoidon tuomat hyödyt asiakkaille, asiakkaiden elämäntilanteen muuttuminen ja kehittämisehdotukset. Tämän opinnäytetyön tulokset kuvaavat yhden korvaushoitoa toteuttavan yksikön sairaanhoitajien näkökulmia hoidosta. Terveystieteiden tutkimuksessa ja väestössä yleensä on huumeidenkäyttäjien lääkkeellinen hoito jakanut aina mielipiteitä. Suomessa myös runsaassa päihdekäytössä olevan lääkkeen käyttäminen laillisessa hoidossa on synnyttänyt pelkoa lääkkeen väärinkäytöstä, ja sen leviämisestä katukauppaan. On käyty keskustelua ajatuksesta luoda yhteiskuntaan laillistettuja narkomaaneja. Voimakkaiden vieroitusoireiden sietäminen on tullut sitoutumisen merkinä hoitoon. Tämän ajatuksen pohjalta korvaushoito voidaan nähdä luopumisena vieroitusoireita vastaan taistelemisesta sekä haluttomuutena sitoutua päihdeettömyyteen. Vaikka päihdeiden rooli on muuttunut, korvaushoidossa olevaa potilasta saatetaan pitää edelleen aktiivisena päihdeiden käyttäjänä. Tässä työssä ei ole ollut tarkoitus pohtia hoitoon liittyviä kiistakysymyksiä. Työssä on ollut tarkoituksena tuoda esiin sairaanhoitajien näkökulmia korvaushoidosta, eli tarkastella mitä korvaushoito tarjoaa asiakkaille lääkeshoidon lisäksi.

Opiaattiriippuvaisten lääkkeellistä korvaushoitoa ohjaa ja määrittää Sosiaali- ja terveysministeriön asetus. Laki toimii pohjana hoidolle, mutta jokaisessa hoitopaikassa on omat säännöt, joihin asiakkaiden tulee sitoutua. Tämä onkin yksi hoidon kulmakivi, joka herättää hoitohenkilökunnan keskuudessa huolta. Hoidon aloituskriteerit pitäisi muotoilla yksiselitteisiksi ja kriteerit pitäisi saada kaikkien osapuolten tietoon. Kriteerejä pitäisi noudattaa yhdenmukaisesti kaikissa hoitoyksiköissä, jotka tekevät hoidon aloituksen arviointeja. Korvaushoitoon pääsemisen kynnystä tulisi helpottaa ja hoito pitäisi pystyä aloittamaan joustavammin. Korvaushoidossa olisi korjattavaa sen resursseissa, hoitokäytännöissä, henkilöstön osaamisessa ja asenteissa.

Huumeidenkäyttö Suomessa on usein sekakäyttöä. Tärkeää on kehittää monipuolisia, lääkkeettömiä ja lääkkeellisiä, psykososiaalista tukea ja terapiaa antavia huumehoitopalveluita. Korvaushoidon tavoitteena on saada huumeidenkäyttäjät hoidon piiriin, ja sitoutumaan hoitoon. Sen avulla katkaistaan huumeikierteet, ehkäistään käytön uusiutuminen ja tartuntatautiin leviäminen. Veriteitse leviävien infektioiden leviämisen ehkäisemiseksi tulisi kehittää huumeiden käyttäjille terveysneuvontaa ja puhtaiden pistosvälineiden vaihtopalvelua. Korvaushoidon avulla pyritään vähentämään rikollisuutta ja kuntouttaa asiakasta niin, että hänen sosiaalinen verkostonsa parantuisi. Korvaushoitolääkkeen avulla saadaan asiakas kiinnitettyä

hoitoon, koska se vähentää aineen himoa ja riippuvuutta siihen. Opiaattiriippuvaiset kuvataan hankalasti hoidettavina ja moniongelmaisina. Tämän asiakasryhmän sitoutuminen lääkkeitömiin hoitoihin on heikkoa, minkä vuoksi niistä on vähän tutkittua näyttöä. Päihderiippuvuudesta toipumisessa asiakkaan arvomaailmassa, sosiaalisissa suhteissa, minäkuvassa ja identiteetissä tapahtuviin muutoksiin pystytään vaikuttamaan korvaushoitolääkkeellä ja psykososiaalisella tuella. Lääkkeen avulla hoitoon kiinnittynyt kykenee vastaanottamaan psykososiaalista hoitoa. Korvaushoitoa tulisikin tarkastella hoitona, jossa yhdistyy lääkkeellinen ja psykososiaalinen hoito. Psykososiaalista hoitoa tulisi kehittää lääkeshoidon rinnalla. Psykososiaaliset hoitomuodot parantavat lääkekorvaushoidossa olevien elämänlaatua. Tukevien hoitomuotojen on osoitettu parantavan työkykyä, vähentävän rikollisuutta ja korjaavan asiakkaiden psyykkistä tilaa. Korvaushoidon avulla moniongelmaiset asiakkaat kiinnitetään hoitoon, ja sosiaaliin elinolosuhteisiin haetaan muutosta hoito-ohjelmien avulla. Korvaushoitolääkitys tulisi lopettaa siinä vaiheessa, kun asiakas on siihen itse valmis.

Mielenkiintoinen tutkimuksen kohde olisi asiakkaat itse. Heille voisi esittää samat kysymykset, jotka esitimme sairaanhoitajille. Asiakkaiden kuvaukset kuntoutumisen kokemuksista avaisivat korvaushoidon vaikuttavuutta heidän kuntoutumisessaan. Korvaushoidon avulla toipuneen asiakasryhmän kertomukset ja jatkohoitoa koskevat kokemukset olisivat hyödyllisiä korvaushoidon kehittämisen kannalta. Opiaattiriippuvuus tulee räjähtämään valtavaksi ongelmaksi tulevaisuudessa, siksi tulisikin tutkia korvaushoitoasiakkaiden mielipiteitä hoidosta ja sen vaikuttavuudesta, jotta sitä voitaisiin kehittää vastaamaan oikeaa tarvetta. Opiaattiriippuvaisille lääkkeellistä korvaushoitoa antavien yksiköiden tulisi nykyistä laajemmin osallistua huumehoitotiedonkeruuseen, jotta kasvavasta asiakasryhmästä saataisiin eripuolilta Suomea vertailutietoa. Laadullisen tutkimuksen avulla voitaisiin hankkia tutkimustietoa laajenevasta ongelmakäytöstä.

Huumeiden käyttö on pääasiassa nuorten ja työikäisten sairaus. Kyseessä on kansanterveydellisesti mitattuna vakava ongelma, joka yleistyy jatkuvasti. Hoitamaton huumeongelma aiheuttaa mittavaa kuolleisuutta. Opiaattiriippuvuus aiheuttaa monenlaista kärsimystä riippuvaiselle sekä hänen läheisilleen. Korvaushoitoa säätelevää lakia on muokattu useampaan kertaan lain laatimisen jälkeen. Mielestämme tämä kuvastaa sitä, että lakia on täytynyt muuttaa vastaamaan enemmän niitä käytäntöjä, joita korvaushoito toteuttavat yksiköt ovat havainneet. Opiaattiriippuvaisten korvaushoito on hyväksytty osaksi Käypä hoito-suositusta. Vuoden 2006 huumeongelmaisen Käypä hoito-suosituksessa sanotaan, että korvaushoito vähentää merkittävästi laittomien opiaattien käyttöä, omaisuusrikoksia, asiakkaitten yleistä kuolleisuutta, HIV-riskikäyttäytymistä, opiaattiriippuvuudesta seuraavia yhteiskunnallisia kustannuksia ja parantaa hoidossa pysymistä. (Käypä hoito-suositus 2006) Korvaushoito on nostettu hoitotakuun piiriin, jolloin opiaattiriippuvaisten oikeudet hoitoon saamiseksi on tuotu samalle tasolle muiden asiakasryhmien kanssa. Hoitotakuun toteutuminen korvaushoidon osalta edellyttää korvaus-

hoitoon panostamista sekä uskoa ja luottamusta haasteellisten asiakkaiden kuntoutumismahdollisuuksiin. Tätä työtä tehdessämme olemme pohtineet korvaushoidon merkitystä asiakkaiden elämässä.

Laadullisen tutkimuksen analyysissä, tutkija joutuu jatkuvasti ottamaan kantaa analyysin kattavuuteen, ja pohtimaan tekemiään ratkaisuja. Tässä opinnäytetyössä tutkittava ilmiö oli rajattu yhden korvaushoitopaikan sairaanhoitajien näkökulmien tarkasteluun. Luotettavuuden arviointi kohdistuu koko tutkimusprosessiin, ja pääasiallinen luotettavuuden kriteeri on itse tutkija. Tässä työssä haastattelemamme henkilöt ja tutkimusympäristö eivät olleet meille entuudestaan tuttuja, joten tällä tekijällä ei ole ollut vaikutusta johtopäätöstemme tekemiseen. Tässä opinnäytetyössä haastateltavien määrä oli pieni, mutta tarkoituksena oli tarkastella kyseisen hoitopaikan sairaanhoitajien näkökulmia korvaushoidosta. Aineisto tuleeikin kerätä sieltä, missä tutkittava ilmiö esiintyy. Laadullisen tutkimuksen tulkinta ei ole aina toistettavissa, vaan pitää sisällään aina tutkijan persoonallisen näkemyksen. Tutkimuksen luotettavuutta lisää se että opinnäytetyössämme ilmenee, millaisia haastattelun teemoja tutkittaville on esitetty. Haastatteluissa käyttämämme kysymykset valikoituivat teoretiedoista muodostamiemme käsityksien mukaan sekä tutkimusongelmien perusteella. Kysymyksillä pyrimme saamaan riittävästi tietoa vastaamaan tutkimuksen tarkoitusta ja tavoitetta. Tässä opinnäytetyössä tutkimusongelmien valintaan olivat vaikuttamassa tekijöiden oma mielenkiinto korvaushoitoa kohtaan. Tarkoituksena oli tarkastella korvaushoitoa toteuttavien sairaanhoitajien näkemyksiä, jolloin tutkimuksesta olisi hyötyä sairaanhoitajan työssä. Toivomme, että tämä työ antaisi lukijalleen tietoa, herättäisi ajatuksia opiaattikorvaushoidosta ja toisi esille sairaanhoitajien näkökulmia.

LÄHTEET

- Alho, H., Holopainen, A. & Vuori, E. 2007. Laittomasta opiaattikorvaushoidosta päästävä laillisen hoidon piiriin. Duodecim 123
- Baas, A. & Seppänen-Leiman, T. 2002. Kadulta korvaushoitoon, buprenorfiinihoidon kehittämisprojektin (1.1.1998-30.6.2000) loppuraportti. A-klinikkasäätiön raporttisarja 38: Helsinki
- Baas, A. & Seppänen-Leiman, T. 2002. Opioidiriippuvaisten pääsyä vieroitushoitoon helpotettava- hoidon tarpeen arviointia tehostettava. Tiimi 2.
- Dahl, P. & Hirschovits, T. 2002. Tästä on kyse- tietoa päihteistä. Helsinki: Hakapaino Oy
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2002. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 2. painos. Tampere: Vastapaino.
- Fabritius, C., Seppänen-Leiman, T., Ahokas, H. & Kanerva, H. 2005. Opiattiriippuvuuden korvaushoidon käsikirja. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy
- Forssen, T. & Tainio, H. 2003. Mistä rahat korvaus- ja ylläpitohoitoihin? Tiimi 5.
- Harju-Koskelin, O. 2007. Kuntoutuuko korvaushoidossa? OHJAT-projektin seurantatutkimus. Järvenpään sosiaalisairaalan julkaisuja nro.37.
- Havio, M., Ikinen, M. & Partanen, A. 2008. Päihdehoitotyö. Jyväskylä: Tammi
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2010. Tutkimushaastattelu, teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy
- Inkinen, M., Partanen, & Sutinen, T. 2000. Päihdehoitotyö. Helsinki: Tammi
- Irti huumeista ry; Keskusrikospoliisi, Opetushallitus, Suomen Vakuutusyhtiöiden Keskusliitto, Stakes. 2001. Suomi ja huumeet. Tietopaketti huumeista. Helsinki: Kirjapaino Westpoint Oy
- Jouhki, M. 2000. Opiattiriippuvaisille oma klinikka. Tiimi 6.
- Knuuttila, V., Saarnio, P. & Siekkinen, K. 2003. Huumeriippuvuuden lääkehoidosta ei saisi tehdä ainoaa vaihtoehtoa. Tiimi 2
- Koivula, U-M., Suihko, K. & Tyrväinen, J. 2002. Mission: Possible, Opas opinnäytteen tekijälle. Tampere: Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja C. Oppimateriaalit. Nro 1
- Kuussaari, K. 2006. Näkemysten kirjo, sirpaloitunut tieto. Terveystieteiden, sosiaalitoimen ja nuorisotoimen työntekijöiden käsityksiä huumeidenkäyttäjien hoitopalvelujärjestelmästä. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy
- Läpäperi, P. 2008. Opioidiriippuvaisten jatkohoito siirtyi perusterveydenhoitoon. Sairaanhoitajalehti 2.
- Malin, K., Holopainen, A. & Tourunen, J. 2006. ”Mä käytän subua että mä pysyn terveenä ja pystyn toimimaan”, käyttäjän kokemuksia ja näkemyksiä buprenorfiinin käytöstä. Yhteiskuntapolitiikka 3.

Mustonen, E. 2007. Tiedonhallinta opiaattiriippuvuuden korvaushoidossa, moniammatillisen työryhmän kirjaamisen kehittäminen. Pro-gradu tutkielma sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto. Kuopion yliopisto.

Partanen, A. 2002. Buprenorfiinin käyttö lisääntynyt päihdehuollon huumeasiakkailta. Tiimi 6.

Poikolainen, K. 2003. Päihderiippuvuuden ja haitallisen käytön diagnostiikka. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Purokivi, M., Tacke, U., Koskela, H., Kokkarinen, J. & Leutola, H. 2008. Äkillinen hengitysvajaus- metadonikorvaushoidon aloittamiseen liittyvä harvinainen haittavaikutus. Duodecim 124.

Salaspuro, M. 2001. Opioidiriippuvuuden hoito ja tieteellinen näyttö. Tiimi 5.

Saukkonen, A. 2001. Työryhmä laajentaisi lääkehoitoja. Tiimi 6.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvaisten vieroitus-, korvaus- ja ylläpito- hoidosta eräillä lääkkeillä. 15.4.2002. N:o 289/2002.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvaisten vieroitus-, korvaus- ja ylläpito- hoidosta eräillä lääkkeillä. 17.1.2008. N:o 33/2008.

Tourunen, J., Pitkänen, T., Harju-Koskelin, O., Häkkinen, A. & Holopainen, A. 2009. Korvaushoitopotilaiden kuntoutuminen on pitkä ja haasteellinen prosessi, K- ja vieroitushoitopoli- klinikoilla vuosina 2002-2003 hoitonsa aloittaneiden opioidiriippuvaisten potilaiden korvaus- hoidon seuranta. Yhteisekuntapolitiikka 74.

Tuomi, J & Sarajärvi, A. 2003. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy

Tuomi, J. & Sarajärvi A. 2006. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Uustalo, H. 2001. Tiede, tutkimus ja tutkielma, johdatus tutkielman maailmaan. Juva: WS Bookwell Oy

Vorma, H., Sokero, P., Turtiainen, S. & Katila, H. 2009. Opioidiriippuvuuden korvaushoito HYKS:n päihdepsykiatrian yksikössä 2003-2005. Suomen Lääkärilehti 20.

Weckroth, A. 2006. Valta ja merkitysten tuottaminen korvaushoidossa. Helsinki: Gummerus kirjapaino Oy

Elektroniset lähteet

A-klinikkasäätiö Tampereen A-klinikkatoimi.2010.[WWW-dokumentti].
<<http://www.a-klinikka.fi/tampere/k-klinika/index.html>> (Viitattu 10.1.2011)

Hietalahti, A. 2005. Buprenorfiini päihdekäytössä. Päihdelinkki. [WWW-dokumentti].
<<http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/323-buprenorfiini-paihde kaytossa>> (Viitattu 5.1.2011)

Kakko, J., Grönblat, L., Dybrandt Savnborg, K., Von-Wachenfeldt, J., Rück, C., Rawlings, B., Nilssons, L-H. & Heilig, M. 2007. A Stepped care strategy using buprenorphine and methadone versus conventional methadone in heroin dependence and a randomized controlled trial.

American Psychiatric Association 164. [WWW-dokumentti]
<<http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/full/164/5/797>> (Viitattu 5.1.2011)

Käypä hoito- suositus. Huumeongelman hoito.2006.[WWW-dokumentti].
<<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50041>> (Viitattu 28.4.2010)

Käypä hoito- suositus. ICD-10- tautiluokitus. 2010. [WWW-dokumentti].
<<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/nix00465>> (Viitattu 27.4.2010)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1993/785 Finlex. [WWW-dokumentti].
<<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1992/19920785>> (Viitattu 28.4.2010)

Preda, A. 2011. Opioid Abuse. [WWW-dokumentti]
<<http://emedicine.medscape.com/article/287790-overview>> (Viitattu 5.1.2011)

Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41 Finlex. [WWW-dokumentti].
<<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1986/19860041>> (Viitattu 28.4.2010)

Tampereen kaupunki. ICD-10 - tautiluokitus. Päihdediagnoosit. 2010. [WWW-dokumentti].
<<http://www.tampere.fi/terveyspalvelut/mielenterveys/priorisointi/paihdeongelmat/diagnoosit.html>> (Viitattu 27.4.2010)

LIITTEET

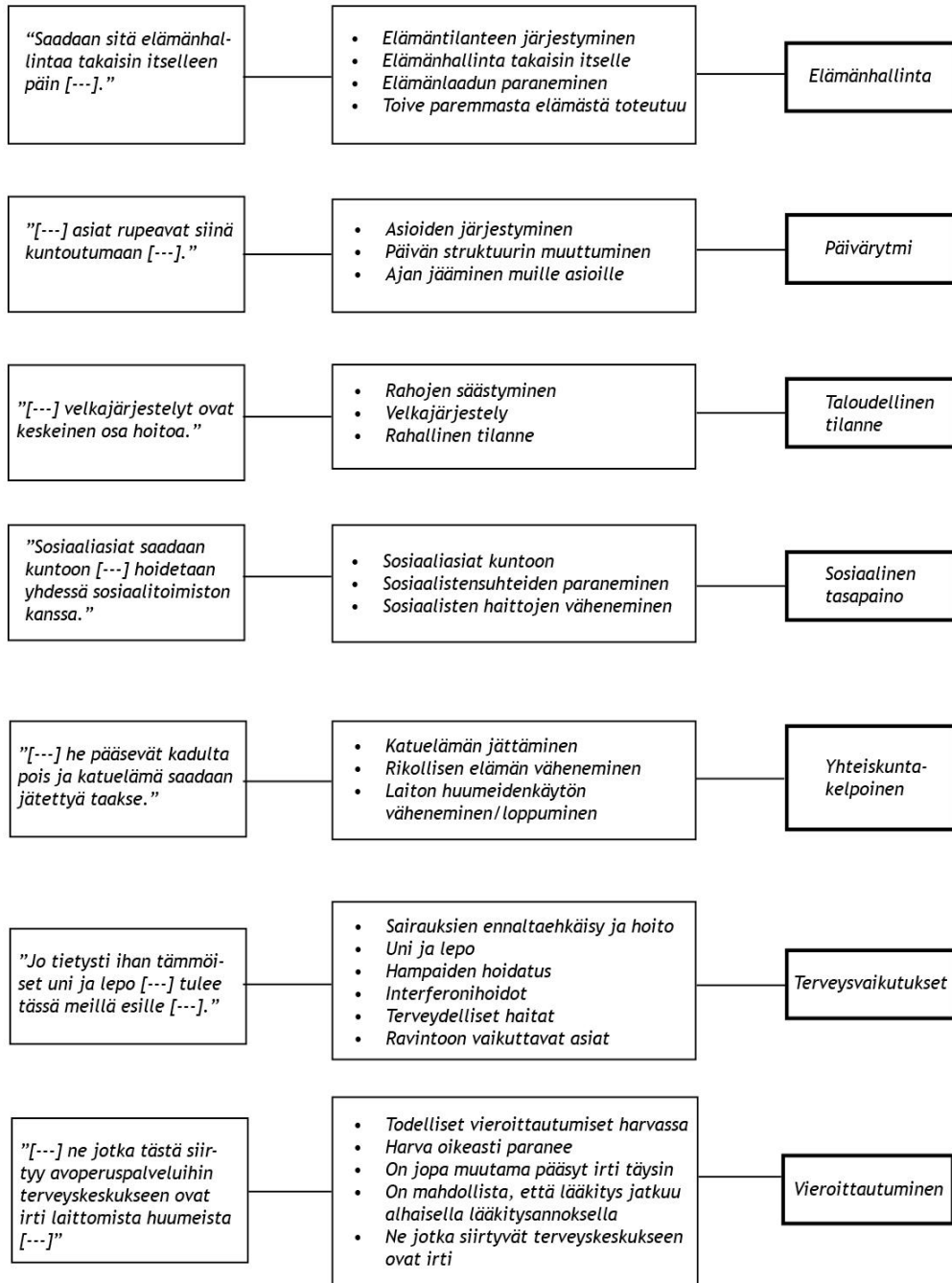
Liite 1

MINKÄLAISTA HYÖTYÄ KORVAUSHOIDOSTA ON OPIAATTIRIIPPUVAISELLE?

Esimerkki-ilmaus:

Pelkistetty ilmaus:

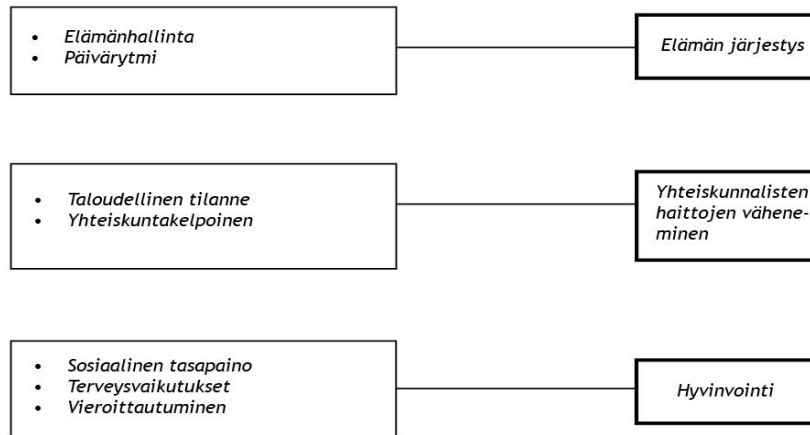
Alaluokka:



Liite 2

Alaluokka:

Yläluokka:



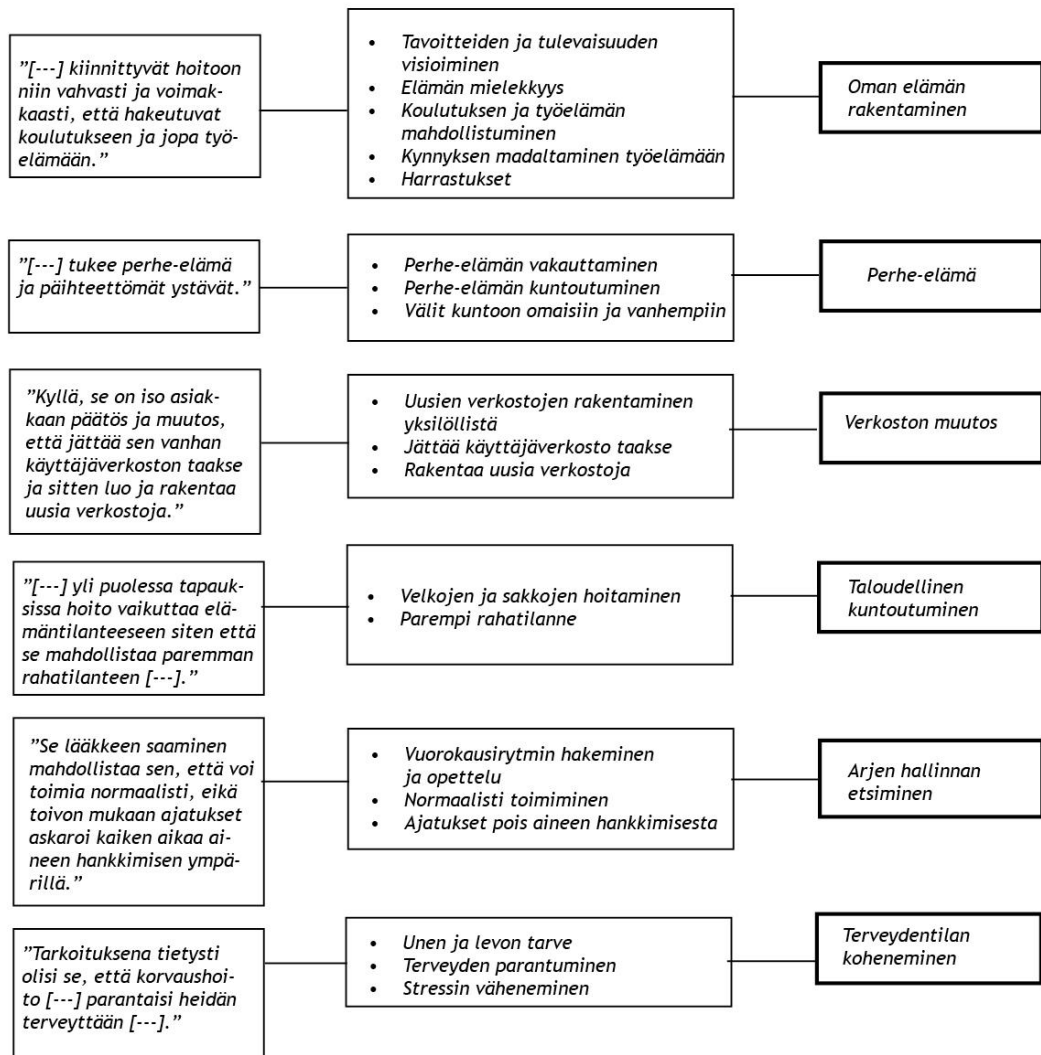
Liite 3

MILLÄ TAVOIN KORVAUSHOITO VAIKUTTAAS ASIAKKAIDEN ELÄMÄNTILANTEeseen?

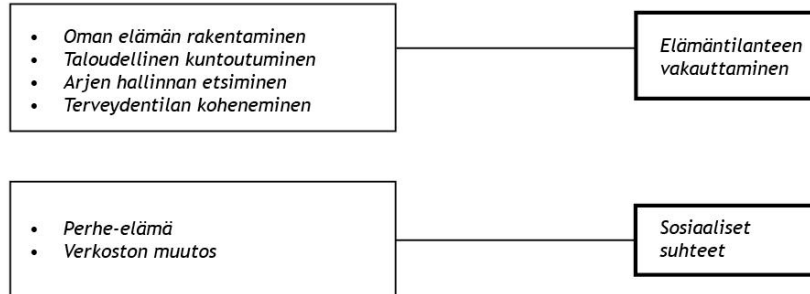
Esimerkki-ilmaus:

Pelkistetty ilmaus:

Alaluokka:



Liite 4

*Alaluokka:**Yläluokka:*

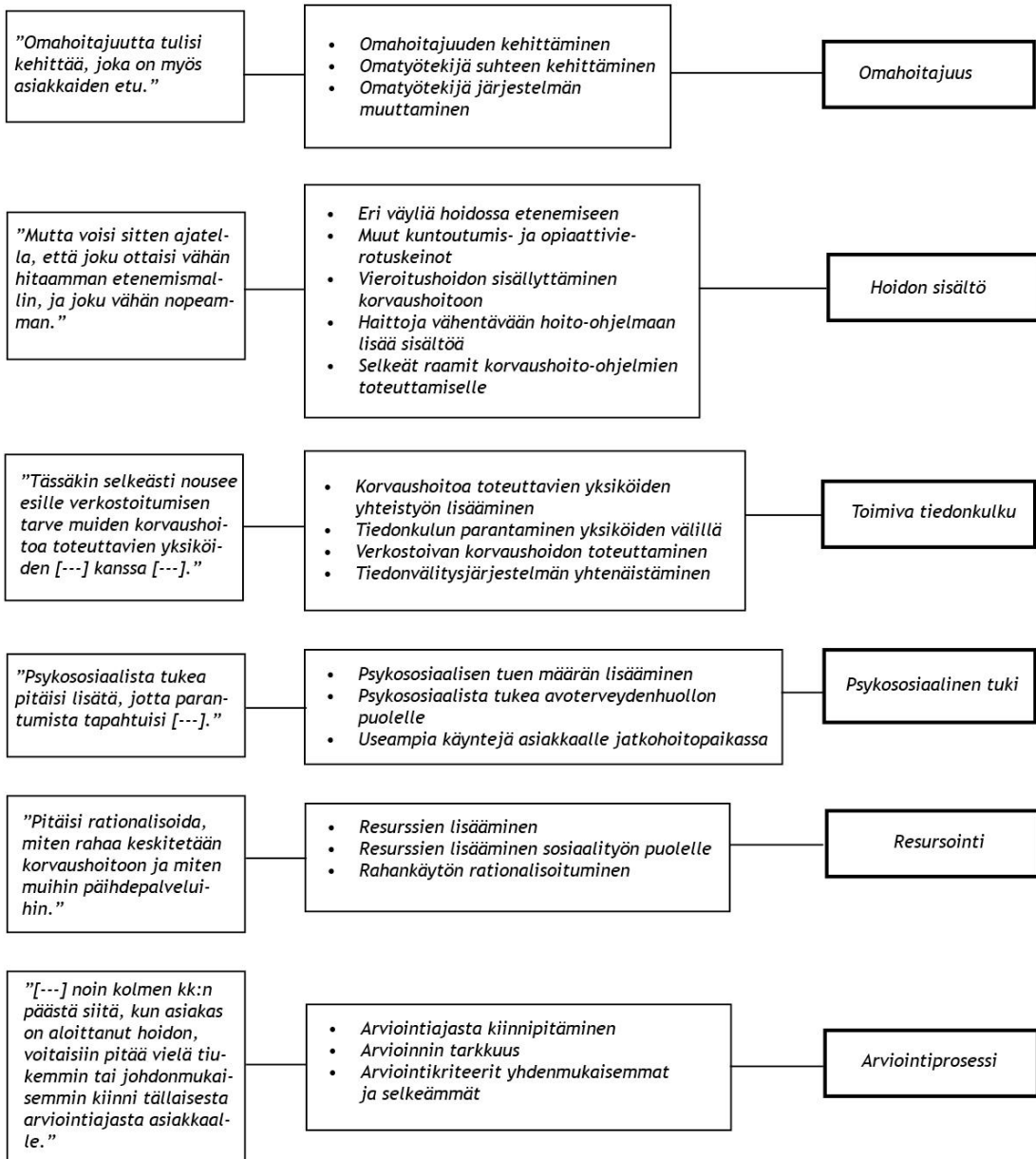
Liite 5

MITEN KORVAUSHOITOA VOIDAAN MIELESTÄNNE KEHITTÄÄ?

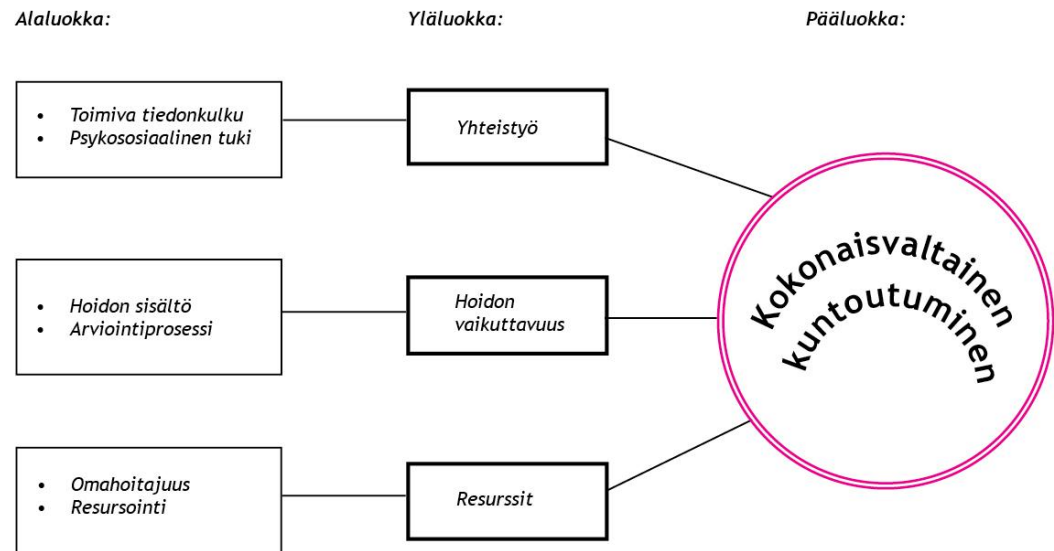
Esimerkki-ilmaus:

Pelkistetty ilmaus:

Alaluokka:



Liite 6



Liite 7

Teemahaastattelu

1. Minkälaista hyötyä korvaushoidosta on opiaattiriippuvaisille?
 - Pääsevätkö asiakkaat korvaushoidon myötä täysin irti huumeista
 - Jäävätkö asiakkaat riippuvaiseksi korvaushoitolääkkeestä
2. Millä tavoin korvaushoito vaikuttaa asiakkaiden elämäntilanteeseen?
 - Työllistyykö tai kouluttautuuko asiakkaat korvaushoidon myötä
 - Auttaako korvaushoito asiakkaita hankkimaan uusia sosiaalisia verkostoja
3. Miten korvaushoitoa voidaan teidän mielestänne kehittää?
 - Kerätäänkö asiakkailta palautetta saamastaan hoidosta ja millä tavoin
 - Onko teidän yksikössänne menossa kehittämishankkeita, millaisia

Liite 8

Laurea ammattikorkeakoulu
Porvoo
Hoitotyön koulutusohjelma
Terveystenhoitaja (AMK)

Saatekirje

Olemme kaksi terveydenhoitajaopiskelijaa Laurean ammattikorkeakoulusta, Porvoon yksiköstä. Opiskelemme hoitotyön koulutusohjelmassa ja valmistumme keväällä 2011. Opinnäytetyömme käsittelee opiaattikorvaushoitoa. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää miten korvaushoidosta on hyötyä opiaattiriippuvaisille ja miten korvaushoito voidaan sairaanhoitajien mielestä kehittää. Tarkoituksena on myös selvittää miten korvaushoito muuttaa asiakkaiden elämäntilannetta.

Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista ja luottamuksellista. Toivomme kuitenkin, että mahdollisimman moni sairaanhoitaja osallistuisi haastatteluun. Toteutamme työn niin, että vastaajat pysyvät anonyymeina. Haastattelun vastausten käsittelyyn ja säilytykseen on ainoastaan oikeus opinnäytetyötä tekevillä. Haastattelun tulokset raportoidaan opinnäytetyön valmistuttua kirjalliseen muotoon. Haastatteluun osallistuminen on tärkeää, koska sen avulla saadaan opiaattikorvaushoitoa antavien sairaanhoitajien ääni kuuluviin korvaushoidon vaikuttavuudesta ja sen kehittämismahdollisuuksista.

Yhteistyöstä kiittäen: Karoliina Mäkinen (marjo.makinen@laurea.fi)
Pirita Tuominen (pirita.tuominen@laurea.fi)

Liite 9



Mäkinen Karoliina
Tuominen Pirita

TUTKIMUSLUPA

Opinnäytetyön *Opiaattikorvaushoidon hyödyt ja kehittämismahdollisuudet sairaanhoitajien näkökulmasta*, jonka lupa-anomus ja tutkimussuunnitelma on toimitettu A-klinikkasäätiöön 21.10.2010, toteuttamiselle Tampereen K-klinikalla myönnetään tutkimuslupa. Aluejohtaja Erkki Tukeva on puoltanut tutkimusta.

Hankkeen toteuttamisessa tulee noudattaa A-klinikkasäätiön hoito- ja tutkimuseettisen toimikunnan sekä kehittämissyksikön yleisiä tutkimuseettisiä ohjeita ja hyviä tutkimuskäytäntöjä.

Vastaavan tutkijan tulee huolehtia siitä, että kaikilla tutkimuksen toteuttamiseen osallistuvilla henkilöillä on riittävä vaitiolositoumus. A-klinikkasäätiön vaitiolositoumuslomakkeita saa keskustuimistosta.

Lupa myönnetään ja kohdennetaan viitaten esitettyyn hankesuunnitelmaan. Suunnitelman muuttuessa sisällöllisesti tai toteutustavaltaan tutkijan tulee hankkia uusi lupa.

Luvan myöntäjällä on oikeus tarvittaessa tarkistaa myöntämänsä lupaa tai keskeyttää hanke, jos se ei vastaa sitä mihin lupa on myönnetty.

A-klinikkasäätiön kehittämissyksikkö on valmis antamaan ohjausta ja neuvontaa hankkeen toteuttamiseksi.

Hankkeen päätyttyä tutkijan tulee toimittaa A-klinikkasäätiön keskustuimistoon tutkimusraportti sekä päivittää tutkimuksen tulokset hanketietokantaan.

Helsingissä 19.11.2010

Olavi Kaukonen
VTT, dos., toimitusjohtaja

Ari Saarto
kehittämisjohtaja
hoito- ja tutkimuseettisen toimikunnan
sihteeri

LIITTEET Vaitiolositoumuksia (4) kpl

TIEDOKSI A-klinikkasäätiön hanketietokanta
Tampereen A-klinikkatoimi